**附件**

第五届智慧医疗创新大赛报名表

No.

|  |  |
| --- | --- |
| **参赛主体单位** |  |
| **机构代码** |  |
| **项目名称** |  |
| **负责人** |  | **职务** |  | **职称** |  |
| **手机** | **（紧急联系备用）** | **邮箱** |  |
| **联系人** |  | **职务** |  | **职称**  |  |
| **手机** |  | **邮箱** |  |
| **联合参赛单位** | **单位名称** | **单位性质** | **机构代码** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **主要成员** |  |
| **赛题分类选择（唯一选项）** |
| **技术方向** | [ ]  大数据 [ ]  互联网+ [ ]  医学人工智能 [ ]  医疗云 [ ]  区块链 [ ]  5G [ ]  智能终端、物联网 [ ]  机器人 [ ]  数字诊疗 [ ]  VR、AR [ ]  信息安全 |
| **业务方向** | [ ]  医院管理 [ ]  信息管理 [ ]  互联网+ [ ]  移动健康 [ ]  健康医疗大数据[ ]  医联体与区域医共体 [ ]  智慧医院 [ ]  远程医疗 [ ]  应急与公共卫生[ ]  数字诊断 [ ]  信息安全[ ]  临床与科研[ ]  医学人工智能[ ]  医药信息 |
| **专题赛** | [ ]  基层卫生 [ ]  创新创业 [ ]  国产信创 |
| **参赛理由** |  |
| **个人/团队简介****(300字以内)** |  |
| **项目起源****（500字以内）** |  |
| **痛点、难点等(500字以内)** |  |
| **思路、方法、路线(500字以内)** |  |
| **创新点(300字以内)** |  |
| **项目推广与普及意义(200字以内)** |  |
| **所需支持** |  |

**注意事项：**报名表请以“赛区+主体申报单位+项目名称”命名，内容可调整顺序及增加。

**说明**：此表格仅用于有关“智慧医疗创新大赛”相关数据统计、网络公示、宣传展示、投融资对接、政府备案及项目推荐等用途，组委会收到表格即表示您同意大赛组委会关于大赛相关工作的安排，如有保密相关内容，请单独说明！