**首都医科大学附属北京世纪坛医院专利转让登记表**

编号： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.专利名称 | |  | | | | | |
| 2.专利号码 | |  | | 3.专利国别 | |  | |
| 4.专利类别 | | □发明 □实用新型 □外观设计 | | | | | |
| 5.专利类型 | | □职务发明 □ 非职务发明 | | | | | |
| 6.专利权日期 | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | |
| 7.拟作价金额 | |  | | | | | |
| 发  明  人 | 序号 | 姓名 | 专业 | 职称 | 联系电话 | | 单位 |
| 1 |  |  |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  | |  |
| 3 |  |  |  |  | |  |
| 联系人（研究生请注明导师）：    电话： 手机： Email: | | | | | | | |
| 发明人参加课题名称： | | | | | | | |
| 简要说明本专利的新颖性、先进性、实用性： | | | | | | | |

第1页（共2页）

|  |
| --- |
| 本专利应用前景及初步设想： |
| 申请国外专利前景及经费落实情况： |
| 发明人确认，本专利属于职务发明，首都医科大学附属北京世纪坛医院享有专利处置权。  发明人签字： 年 月 日 |
| 科技处意见：  签字（盖章）： 年 月 日 |
| 拟委托专利转化代理机构（代理人）：  年 月 日 |
| 备注： |

注： 若无“共同申请单位”可不填该项内容，若“申请国外专利前景及经费落实情况”一时难确定，可暂不填写。

第2页（共2页）