**四川大学华西口腔医（学）院专利事务申请表**

**登记编号（成果转化办公室填写）： 日期：**

|  |  |
| --- | --- |
| 专利名称 |  |
| 专利依托项目 |  |
| 申请人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 申请事由：（在方框内打 **√** 并填写相关内容，国防专利不填）□ 四川大学 □ 四川大学华西口腔医院 作为专利权人专利申请□ 四川大学 □ 四川大学华西口腔医院 与科技合作单位共同申请专利：合作单位名称： 与合作单位的科技项目编号： □ 专利资助：专利（申请）号 ，资助类别 □ 其它事由：  |
| 需盖章材料清单： |
| 全体发明人知晓并同意上述专利事务申请，上述事务符合《专利法》规定范畴，若发生与上述承诺相违背的事实，由发明人承担法律责任。责任发明人（签字）： 其他发明人（签字）： |
| 科室审查意见：科室负责人签字：年 月 日 |
| 成果转化办公室审查意见： 审查人签字： 负责人签字：  年 月 日 年 月 日 |