**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 | | | |