附表1

广东省医学会创新转化医学分会单位成员申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、单位基本信息** | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 法定代表人 |  | | | 所属行业 |  |
| 注册资金 |  | | | 注册日期 |  |
| 注册地址 |  | | | | |
| 办公地址 |  | | | | |
| 统一社会  信用代码 |  | | | | |
| 主营业务 |  | | | | |
| 经营范围 |  | | | | |
| 申请类别 | 临床医学领域□ 生物技术□ 医疗器械□  数字医疗□ 知识产权与政策□ 金融投资□ | | | | |
| 重点方向  （可多选） | 医工结合□ 院内制剂□ 癌症防治□  心脑血管疾病防治□ 呼吸系统疾病防治□ 代谢性疾病防治□ 其他□ | | | | |
| **二、单位联系人** | | | | | |
| 姓名 | | 职务 | 联系电话 | | 电子邮箱 |
|  | |  |  | |  |
| **三、优势领域工作开展情况** | | | | | |
|  | | | | | |
| **四、其他情况说明** | | | | | |
|  | | | | | |
| **承诺书** | | | | | |
| 本单位自愿申请成为广东省医学会创新转化医学分会成员单位，支持广东省医学会开展医学创新与成果转化相关工作，共同打造生物医药成果转化协同创新平台。本单位承诺以上填报内容均属事实，如有不实填报或主观刻意隐瞒、谎报、夸大之处，自愿承担相应责任及后果。  法定代表人:  （盖 章 ）  年 月 日 | | | | | |
| **广东省医学会审核意见** | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |