**滨州医学院技术转让（技术秘密）申请表**

**年 月 日 编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 技术名称 |  | | | | | | | | | | |
| 技术负责人 |  | | | 所在单位 | |  | | 联系方式 | |  | |
| 实施(转让)单位 |  | | | | | | 负责人及  联系方式 |  | | | |
| 成果共同完成人 |  | | | | 技术转让方式（相应位置划“√”） | | | 直接转让 | | |  |
| 许可实施 | | |  |
| 作价入股 | | |  |
| 技术转让费（万） | | | 转让费 | | | | | |  | | |
| 许可费 | | | | | |  | | |
| 作价入股 | | | | | |  | | |
| 其他 | | | | | |  | | |
| 合计 | | | | | |  | | |
| 申请人签字 | | **本人承诺：以上所有信息真实准确，技术转让等全部费用填写属实，对因提供有关信息不实或违反有关规定造成的后果，本人愿意承担一切法律责任。**  （签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 申请人所在单位意见 | | （签字盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 科学技术处审核意见 | | （签字盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 主管校领导意见 | | （签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |