|  |
| --- |
| **四川大学华西口腔医（学）院专利申请信息登记表****登记编号****（成果转化办公室填写）：** **日期：** |
| 拟申请专利名称 | 　 |
| 专利类型 | □发明 □实用新型 □PCT □国外（ ） □其他（ ） |
| 全体发明人姓名（依次填写） | 姓名 | 所在科室/外单位 | 身份 |
|  |  | 🗆教职工 🗆学生 |
|  |  | 🗆教职工 🗆学生 |
| （可自行加行） |  | 🗆教职工 🗆学生 |
| 成果来源 | □依托项目 | 项目类别、名称及编号： | □自拟项目 |
| 申请途径 | □委托代理机构 □自行提交申请 |
| 委托代理信息 | 代理机构 | 　 |
| 代理人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 责任发明人（教师） | 　 | 联系电话及邮箱 | 　 |
| 经办人姓名 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 共同申请人（依次填写） | （此处为专利权人非发明人，若只有四川大学可填无）　 |
| **\*若有共同申请单位，**需提供以下信息：附件提交有关双方知识产权约定的事前合作合同或协议首页及相关知识产权共享约定的条款页、共同申请专利协议 |
| **全体发明人承诺** |
| 该发明创造不存在知识产权纠纷，归属或技术来源正当合法，未剽窃他人成果，未侵犯他人的知识产权或商业秘密，发明人均对本专利技术作出了创造性贡献，属于《专利法》规定的职务发明专利的范畴，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（签字）** |
| 已对该专利申请的发明人信息进行了审查，情况属实。　 科室负责人签字： 年 月 日 |

注：上述流程完成后将表格交至成果转化办公室（教学楼A506），由成果转化办协助完成后续审查流程。

|  |
| --- |
| **科研部审查意见** |
| 已对该专利成果来源进行了审查，为该专利的主要资助项目。 审查人签字： 负责人签字： 　　 年 月 日 年 月 日 |
| **成果转化办公室审查意见** |
| 已对该专利申请的发明人信息进行了审查，属于四川大学职务发明专利，该专利申请符合《专利法》规定。 审查人签字： 负责人签字：  年 月 日 年 月 日 |