附件1

2023年广州地区三甲医院科技成果转化对接会报名回执

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | 联系人 |  |
| 电子邮箱 |  | | 联系方式 |  |
| 意向对接专场 | □药物 □医疗器械 □精准医疗 | | | |
| 技术需求或难题 |  | | | |
| 意向对接成果 |  | | | |
| 姓名 | 部门 | 职务/职称 | 手机 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：如企业意向对接成果不在清单中，可另行注明。**