附件3

**宿迁市医学科技奖知情同意报奖证明(专利)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | |
| 项目完成人 |  | | | |
| 项目完成单位 |  | | | |
| **说明：如果该项目获奖，其他项目不能再次使用该专利申报宿迁市医学科技奖。** | | | | |
| 声明：本项目参加 年宿迁市医学科技奖评审，我作为代表性专利的发明人之一，知悉此事，同意使用该专利报奖，同意本人不作为项目完成人，所在单位不作为项目完成单位。 | | | | |
| 专利名称 | | 未列入项目完成人的专利发明人姓名 | 知情同意签字 | 签字日期 |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |

专利发明人所在单位公章：

年 月 日