附件

人工智能医学软件参与单位信息征集表

填表说明： 请以**word文档**格式通过电子邮件方式报送。

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位类型 |  □境内企业 □境外企业 □高校  □研究院所 □检验机构 □临床机构 |
| 联系人 |  |
| 联系电话（固定电话及移动电话） |  |
| 传真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 人工智能医学软件工作经验及优势 |  |
| 人工智能医学软件关注点（可罗列具体问题） |  |
| 人工智能医学软件研究内容（可多选） | □DR □CT □MRI □PET-CT/MRI □病理诊断 □心电图诊断分析 □超声影像□现场检查 □网络安全 |
| 能够提供的支持（可多选） | □参考资料的收集和翻译□ 指导原则部分内容的起草 □ 其他（请列明） |