

臺中榮民總醫院

研發成果技術移轉公開評選授權資格條件表

填表日期： 年 月 日

移轉技術名稱	
研究計畫名稱 編號及經費	計畫名稱：
	計畫編號： 計畫經費：新臺幣 萬元
創作發明人 (計畫主持人)	姓 名： 服務單位：
	聯絡電話： 傳真電話：
智慧財產權種 類及專利號碼	<input type="checkbox"/> 專利權： <input type="checkbox"/> 發明 NO. <input type="checkbox"/> 新型 NO. <input type="checkbox"/> 設計 NO. <input type="checkbox"/> 申請中
	<input type="checkbox"/> 其他技術知識：
技 術 內 容	
預期利用範圍 及預期產品	
參與資格	<ul style="list-style-type: none"> 一、產業類別 二、應具備之專門技術 三、應有之機具設備 四、應有之研究或技術人員（數） 五、其他條件
優先 推薦機構	

計畫主持人： _____（簽章） 單位主管： _____（簽章）