**戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院**

**專利維護申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日期： 年月日 | | | | | |
| 1.專利名稱 | (中文） |  | | | |
| (英文) |  | | | |
| 2.申請人  \*需為本專利原院內申請人 | 姓名 |  | 聯絡電話 | |  |
| 所屬單位 |  | 職稱 | |  |
| 電子郵件 |  | | | |
| 3.聯絡人 | 姓名 |  | 聯絡電話 | |  |
| 電子郵件 |  | | | |
| 各項權益分配及相關通知，本院僅通知上述相關聯絡人，聯絡人應附義務協助轉悉。 | | | | |
| 4.已獲專利類別 | 專利類別：選擇一個項目。 證書號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (若有多國專利，請自行新增) | | | | |
| 5.發明人 |  | | | | |
| 6.專利有效國家 | 國家： 專利權期間： | | | | |
| 7.專利獲獎紀錄 | 無  有，獲獎項目名稱： 日期： | | | | |
| 8.專利相關論文會議發表 | 無  有相關論文發表，論文期刊卷號：  有相關會議發表，會議名稱： 日期： | | | | |
| 9.專利維護意願 | 此專利仍具市場性，建議本院繼續維護（續填下一題）  此專利已無市場性，建議放棄維護。 | | | | |
| 10.專利繼續維護  必要性 | （1）未來潛在研發成果 (包括技轉、參與競賽、論文發表)： | | | | |
|  | | | | |
| （2）技轉資料 | | | | |
| □ 已技轉，授權廠商： 授權期間： | | | | |
| * 未技轉，但有廠商具技轉意願。 廠商名稱： | | | | |
| □ 未技轉，目前無廠商具技轉意願。 | | | | |
| 11.預計維護年限 | 第　　　　年（專利維護需逐年提出申請） | | | | |
| 申請人 | 創新育成中心主任 | | | 醫學研究部主任 | |
|  |  | | |  | |

\*申請人請於專利繳費期限到期前**1個月**完成申請並**e-mail**至創新育成中心承辦人。