附件：

厦门大学医学中心医工融合创新中心

创新合作伙伴申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位/个人 |  |
| 机构性质（√） | **□**社会团体（协会、学会、民办非企） **□**事业单位 **□**企业 **□**个人 **□**其他  |
| 申报类别（√） | **□**专家委员会 **□**编辑委员会（联络员） **□**机构合作伙伴 |
| 联系人 |  | 电话 |  |
| **机构简介/个人简历** |
|  |

温馨提示：填写后请发送邮箱：1214311412@qq.com。