**申请书**

为了响应医院的号召，本着加强发展科研专利工作的宗旨，本人结合临床手术实际操作中存在的一些不足，就手术装置方面做了一点设计并拟申请实用新型专利一项，拟申请的专利名称及相关信息如下：

|  |
| --- |
| 专利名称： |
| **申请人：** |
| **专利权人：湖北省妇幼保健院** |
| 纳税人识别号（社会统一信用代码）：12420000420004163F |
| 发 明人： |
| 第一发明人身份证： |
| 地址： 湖北省武汉市洪山区武珞路745号湖北省妇幼保健院 |
| 联系人： |
| 实用新型 |
| 是否需要单位法人证书复印件： |

若该专利能申请通过，本人愿意将该专利的**专利权人定为我的单位“湖北省妇幼保健院”，由于专利申请需要由相关的专利代理事务所办理相关手续，本人和**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***初步**沟通并取得了一定的合作诚意，拟委托该专利代理事务所办理相关申请手续，初步预算每项专利申请相关手续费用约\*\*\*\*\*元。若专利申请通过，专利申请相关费用\*\*\*\*\*（请明确支付途径，科研项目？医院经费？科室经费？自付？）。

请尊敬的院领导批准并给予大力支持，感激不尽！

此致

敬礼！

申请人：\*\*\*（\*\*科）

申请日期：\*\*\*\*年\*\*月\*\*日