附件1

脑机接口医疗应用优秀案例征集表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位信息 | | | | |
| 单位名称 |  | | | |
| 申报联系人 | 姓名 |  | 手机 |  |
| 职务 |  | 电话 |  |
| 邮箱 |  | | |
| 单位性质 | □科研机构 □技术企业  □医疗机构 其他（请注明）： | | | |
| 申报单位简介  （不超过200字） |  | | | |
| 申报案例基本信息 | | | | |
| 案例名称 |  | | | |
| 案例概述  （不超过300字） |  | | | |