附件：

**2024医学人工智能产品及解决方案应用效果评价申报表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位名称 |  |
| 组织机构代码/三证合一码 |  |
| 申报单位地址 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 项目负责人 |  | 职务/职称 |  |
| 联系人 | 姓名 |  | 电话 |  |
| 职务 |  | 手机 |  |
| 传真 |  | E-mail |  |
| 申报方向（限1项） | 人工智能产品及解决方案：□心血管 □眼科 □胸部疾病 □骨骼疾病 □神经系统疾病 □其他 |
| 大模型产品及解决方案：□影像分析及结构化报告生成 |
| 产品名称 |  |
| 产品简介 |  |
| 单位简介 |  |
| 真实性承诺 | 我单位申报的所有材料，均真实、完整，如有不实，愿承担相应的责任。 负责人签字（章）： 公章： 年 月 日 |