## 附表：

## 嘉兴市医学人工智能建设方案征集报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **信息类别** | **填写内容** | **备注（说明）** |
| 1 | 厂商名称 |  | 需与营业执照名称一致 |
| 2 | 厂商地址 |  | 省份+城市+详细地址 |
| 3 | 联系人 |  | 填写方案主要负责人姓名 |
| 4 | 联系电话 |  | 手机+办公电话（必填） |
| 5 | 电子邮箱 |  | 确保准确，用于接收评审通知及后续沟通 |
| 6 | 方案名称 |  |  |
| 7 | 涉及人工智能应用类别 | □智慧医疗 □智慧管理 □便民服务（可多选） |  |
| 8 | 方案概述 | 1. 核心内容：  2. 创新点：  3. 实施方案：  4. 资金预算：  （可另附方案文件，此处简要概述） |  |
| 声明 | | 本单位承诺所填信息真实有效，对方案的原创性负责。 | 需加盖单位公章 |
| 提交日期 | | \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 |  |

注：本表需加盖公章后扫描提交