大连市科学进步奖提名书

(2025年度)

**一、项目基本情况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖励类别 | 科学技术进步奖 | | 专业评审组 | | 207医药卫生、中医中药专业评审组 |
| 项目名称 | 脑胶质瘤全程精准诊疗及关键技术的应用 | | | | |
| 主要完成人 | 董斌、吕秀鹏、刘基巍、卢春林、王艺茜、王杰、尚玮 | | | | |
| 主要完成单位 | 大连医科大学附属第一医院 | | | | |
| 提名者 | 大连医科大学 | | | | |
| 学科分类名称 | 名称（代码）： | 临床医学（320） | | | |
| 名称（代码）： | 临床医学（320） | | | |
| 所属国民经济行业 | Q 卫生、社会保障和社会福利业 | | | | |
| 所属国家重点发展领域 | 2 | | | | |
| 任务来源 | G.自选,D.基金资助 | | | | |
| 具体计划、基金的名称和编号 | 项目名称：TRPC6 介导高级别胶质瘤低氧下的糖代谢改变与放疗增敏的机制研究。  项目批准号：81672968 | | | | |
| 授权发明专利（项） | 0 | | 授权的其他知识产权（项） | | 6 |
| 经济效益（万元） | 2022年 | | |  | |
| 2023年 | | |  | |
| 2024年 | | |  | |
| 项目起始时间 | 2021年12月1日 | | 项目完成时间 | | 2023年1月1日 |

**二、项目简介**

|  |
| --- |
|  |

**三、主要技术发明**

|  |
| --- |
| 1.主要技术发明（不超过3000字） |
|  |
| 2.技术局限性（不超过1000字） |
|  |

**四、客观评价**

|  |
| --- |
|  |

**五、应用情况和效果**

|  |
| --- |
| 1.应用情况（不超过2000字） |
|  |
| 2.应用效果（不超过2000字） |
|  |

**六、主要知识产权和标准规范等目录（不超过10件）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 知识产权（标准）类别 | 知识产权（标准）具体名称 | 国家  （地区） | 授权号（标准编号） | 授权（标准发布）日期 | 证书编号  （标准批准发布部门） | 权利人（标准起草单位） | 发明人（标准起草人） | 发明专利（标准）有效状态 |
| 论文 | The relationship between prognosis  and temporal muscle thickness  in 102 patients with glioblastoma | 中国 | （2024）14:13958 | 2024-06-17 | Scientific Reports | 大连医科大学附属第一医院 | 董斌、吕秀鹏（共同通讯作者） | 其 他 有 效  知识产权 |
| 论文 | Risk factor analysis and nomogram establishment and verification  of brain astrocytoma patients based on SEER database | 中国 | 13(1):7754 | 2023-05-12 | Scientific reports | 大连医科大学附属第一医院 | 吕秀鹏（通讯作者） | 其 他 有 效  知识产权 |
| 论文 | Advances in the relationship between temporal muscle thickness and prognosis of patients with glioblastoma: a narrative review. | 中国 | 13:1251662 | 2023-09-13 | Frontiers in Oncology | 大连医科大学附属第一医院 | 吕秀鹏（通讯作者） | 其 他 有 效  知识产权 |
| 论文 | Characterization of NOD-like receptor-based molecular heterogeneity in glioma and its association with immune micro-environment and metabolism reprogramming | 中国 | （2025）15:1498583 | 2025-01-15 | Frontiers in Immunology | 大连医科大学附属第一医院 | 卢春林、王杰（共一）；董斌（通讯作者） | 其 他 有 效  知识产权 |
| 论文 | Bioinformatics analyses and experimental validation of the role of phagocytosis in low-grade glioma. | 中国 | 39(4):2182-2196 | 2024-04 | Environmental toxicology | 大连医科大学附属第一医院 | 卢春林（第一作者）、王杰、董斌（通讯作者） | 其 他 有 效  知识产权 |
| 论文 | Identification and verification of the ferroptosis- and pyroptosis-associated prognostic signature for low-grade glioma | 中国 | 22(5):728-750 | 2022-09-16 | Bosnian journal of basic medical sciences | 大连医科大学附属第一医院 | 王杰（第一作者）、董斌（通讯作者） | 其 他 有 效  知识产权 |

**承诺：**本项目所列知识产权符合提名要求且无争议。上述知识产权和标准规范等用于提名大连市技术发明奖的情况，已征得未列入项目主要完成人的权利人（发明专利指发明人）的同意，有关知情证明材料均存档备查。

**第一完成人签名：**

**七、主要完成人情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 董斌 | | | 性 别 | | 男 | | |
| 排 名 | 1 | | | 国 籍 | | 中国 | | |
| 出生年月 | 1971-02-06 | 出生地 | | 辽宁大连 | | 民 族 | | 汉族 |
| 身份证号 | 210203197102060137 | 归国人员 | | 否 | | 归国时间 | |  |
| 技术职称 | 主任医师 | 最高学历 | | 研究生 | | 最高学位 | | 博士 |
| 毕业学校 | 上海交通大学医学院 | 毕业时间 | | 2004.8 | | 所学专业 | | 外科学 |
| 电子邮箱 | stocktondb@163.com | 办公电话 | | 0411-83635963 | | 移动电话 | | 18098876129 |
| 通讯地址 | 大连市西岗区中山路222号 | | | | | 邮政编码 | | 116011 |
| 工作单位 | 大连医科大学 | | | | | 行政职务 | | 科副主任 |
| 二级单位 | 附属第一医院 | | | | | 党 派 | | 中共党员 |
| 完成单位 | 大连医科大学附属第一医院 | | | | | 所在地 | | 辽宁大连 |
| 单位性质 | | 事业型研究单位 |
| 参加本项目的起止时间 | | | 2021-12-01 | | | 至 | 2023-01-01 | |
| 对本项目主要技术发明的贡献： | | | | | | | | |
| 项目的整体统筹，主要参与了“四、主要科技创新”的术前精准评估技术的应用、术中精准切除技术的创新与应用、全程精准诊疗体系的整合与优化部分以及项目整体的推广实施。附件5、6、7、10、11、12、17 | | | | | | | | |
| 曾获国家、省部级科技奖励情况： | | | | | | | | |
| 2011年辽宁省科技进步二等奖 证书号：2011J-2-70-02  2014年辽宁省科技进步三等奖 证书号：2014J-3-116-01附件18 | | | | | | | | |
| **声明：**本人同意完成人排名，自觉遵守《大连市科学技术奖励办法》的有关规定，遵守评审工作纪律，保证所提供的有关材料真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。**该项目是本人本年度被提名的唯一项目。**本人工作单位已知悉本人被提名情况且无异议。如产生争议，将积极配合调查处理。如有材料虚假或违纪行为，愿意承担相应责任并按规定接受处理。  本人签名：  年 月 日 | | | | | **完成单位声明**：本单位确认该完成人情况表内容真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。如产生争议，将积极配合调查处理。  **工作单位声明**：本单位对该完成人被提名无异议。  单位（盖章）  年 月 日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 吕秀鹏 | | | 性 别 | | 男 | | |
| 排 名 | 2 | | | 国 籍 | | 中国 | | |
| 出生年月 | 1971-11-06 | 出生地 | | 辽宁沈阳 | | 民 族 | | 汉族 |
| 身份证号 | 210104197611062510 | 归国人员 | | 否 | | 归国时间 | |  |
| 技术职称 | 主任医师 | 最高学历 | | 研究生 | | 最高学位 | | 博士 |
| 毕业学校 | 大连医科大学 | 毕业时间 | | 2015.7 | | 所学专业 | | 外科学 |
| 电子邮箱 | Lvxiupeng@foxmail.com | 办公电话 | | 0411-83635963 | | 移动电话 | | 18098876707 |
| 通讯地址 | 大连市西岗区中山路222号 | | | | | 邮政编码 | | 116011 |
| 工作单位 | 大连医科大学 | | | | | 行政职务 | | 科副主任 |
| 二级单位 | 附属第一医院 | | | | | 党 派 | | 中共党员 |
| 完成单位 | 大连医科大学附属第一医院 | | | | | 所在地 | | 辽宁大连 |
| 单位性质 | | 事业型研究单位 |
| 参加本项目的起止时间 | | | 2021-12-01 | | | 至 | 2023-01-01 | |
| 对本项目主要技术发明的贡献： | | | | | | | | |
| 主要参与了“四、主要科技创新”的术后精准治疗技术的应用、全程精准诊疗体系的整合与优化部分以及项目整体的推广实施。附件5、14、15 | | | | | | | | |
| 曾获国家、省部级科技奖励情况： | | | | | | | | |
| 2022年辽宁省教学成果一等奖 证书号：20226801119 附件19 | | | | | | | | |
| **声明：**本人同意完成人排名，自觉遵守《大连市科学技术奖励办法》的有关规定，遵守评审工作纪律，保证所提供的有关材料真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。**该项目是本人本年度被提名的唯一项目。**本人工作单位已知悉本人被提名情况且无异议。如产生争议，将积极配合调查处理。如有材料虚假或违纪行为，愿意承担相应责任并按规定接受处理。  本人签名：  年 月 日 | | | | | **完成单位声明**：本单位确认该完成人情况表内容真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。如产生争议，将积极配合调查处理。  **工作单位声明**：本单位对该完成人被提名无异议。  单位（盖章）  年 月 日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 刘基巍 | | | 性 别 | | 男 | | |
| 排 名 | 3 | | | 国 籍 | | 中国 | | |
| 出生年月 | 1962-11-05 | 出生地 | | 吉林长春 | | 民 族 | | 汉族 |
| 身份证号 | 210203196211054794 | 归国人员 | | 否 | | 归国时间 | |  |
| 技术职称 | 主任医师 | 最高学历 | | 研究生 | | 最高学位 | | 博士 |
| 毕业学校 | 大连医科大学 | 毕业时间 | | 2004.6 | | 所学专业 | | 肿瘤学 |
| 电子邮箱 | jiweiliudl@126.com | 办公电话 | | 0411-83635963 | | 移动电话 | | 18098877966 |
| 通讯地址 | 大连市西岗区中山路222号 | | | | | 邮政编码 | | 116011 |
| 工作单位 | 大连医科大学 | | | | | 行政职务 | | 科主任 |
| 二级单位 | 附属第一医院 | | | | | 党 派 | | 中共党员 |
| 完成单位 | 大连医科大学附属第一医院 | | | | | 所在地 | | 辽宁大连 |
| 单位性质 | | 事业型研究单位 |
| 参加本项目的起止时间 | | | 2021-12-01 | | | 至 | 2023-01-01 | |
| 对本项目主要技术发明的贡献： | | | | | | | | |
| 主要参与了“四、主要科技创新”的术后精准治疗技术的应用、全程精准诊疗体系的整合与优化部分以及项目整体的推广实施。附件9、13 | | | | | | | | |
| 曾获国家、省部级科技奖励情况： | | | | | | | | |
| 无 | | | | | | | | |
| **声明：**本人同意完成人排名，自觉遵守《大连市科学技术奖励办法》的有关规定，遵守评审工作纪律，保证所提供的有关材料真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。**该项目是本人本年度被提名的唯一项目。**本人工作单位已知悉本人被提名情况且无异议。如产生争议，将积极配合调查处理。如有材料虚假或违纪行为，愿意承担相应责任并按规定接受处理。  本人签名：  年 月 日 | | | | | **完成单位声明**：本单位确认该完成人情况表内容真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。如产生争议，将积极配合调查处理。  **工作单位声明**：本单位对该完成人被提名无异议。  单位（盖章）  年 月 日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 卢春林 | | | 性 别 | | 男 | | |
| 排 名 | 4 | | | 国 籍 | | 中国 | | |
| 出生年月 | 1991-05-15 | 出生地 | | 辽宁大连 | | 民 族 | | 汉族 |
| 身份证号 | 210282199105159110 | 归国人员 | | 否 | | 归国时间 | |  |
| 技术职称 | 主治医师 | 最高学历 | | 研究生 | | 最高学位 | | 博士 |
| 毕业学校 | 大连医科大学 | 毕业时间 | | 2025.6 | | 所学专业 | | 外科学 |
| 电子邮箱 | luchunlin0515@163.com | 办公电话 | | 0411-83635963 | | 移动电话 | | 18624423699 |
| 通讯地址 | 大连市西岗区中山路222号 | | | | | 邮政编码 | | 116011 |
| 工作单位 | 大连医科大学 | | | | | 行政职务 | | 无 |
| 二级单位 | 附属第一医院 | | | | | 党 派 | | 群众 |
| 完成单位 | 大连医科大学附属第一医院 | | | | | 所在地 | | 辽宁大连 |
| 单位性质 | | 事业型研究单位 |
| 参加本项目的起止时间 | | | 2022-06-01 | | | 至 | 2023-01-01 | |
| 对本项目主要技术发明的贡献： | | | | | | | | |
| 主要参与了“四、主要科技创新”的术前精准评估技术的应用、术中精准切除技术的创新与应用、全程精准诊疗体系的整合与优化部分。附件6、17 | | | | | | | | |
| 曾获国家、省部级科技奖励情况： | | | | | | | | |
| 无 | | | | | | | | |
| **声明：**本人同意完成人排名，自觉遵守《大连市科学技术奖励办法》的有关规定，遵守评审工作纪律，保证所提供的有关材料真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。**该项目是本人本年度被提名的唯一项目。**本人工作单位已知悉本人被提名情况且无异议。如产生争议，将积极配合调查处理。如有材料虚假或违纪行为，愿意承担相应责任并按规定接受处理。  本人签名：  年 月 日 | | | | | **完成单位声明**：本单位确认该完成人情况表内容真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。如产生争议，将积极配合调查处理。  **工作单位声明**：本单位对该完成人被提名无异议。  单位（盖章）  年 月 日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 王艺茜 | | | 性 别 | | 女 | | |
| 排 名 | 5 | | | 国 籍 | | 中国 | | |
| 出生年月 | 1982-11-23 | 出生地 | | 吉林四平 | | 民 族 | | 汉族 |
| 身份证号 | 220302198211230428 | 归国人员 | | 否 | | 归国时间 | |  |
| 技术职称 | 副主任医师 | 最高学历 | | 研究生 | | 最高学位 | | 硕士 |
| 毕业学校 | 大连医科大学 | 毕业时间 | | 2010.6 | | 所学专业 | | 肿瘤放疗 |
| 电子邮箱 | 18098873717@163.com | 办公电话 | | 0411-83635963 | | 移动电话 | | 18098873717 |
| 通讯地址 | 大连市西岗区中山路222号 | | | | | 邮政编码 | | 116011 |
| 工作单位 | 大连医科大学 | | | | | 行政职务 | | 无 |
| 二级单位 | 附属第一医院 | | | | | 党 派 | | 无党派人士 |
| 完成单位 | 大连医科大学附属第一医院 | | | | | 所在地 | | 辽宁大连 |
| 单位性质 | | 事业型研究单位 |
| 参加本项目的起止时间 | | | 2022-03-01 | | | 至 | 2023-01-01 | |
| 对本项目主要技术发明的贡献： | | | | | | | | |
| 主要参与了“四、主要科技创新”的术后精准治疗技术的应用、全程精准诊疗体系的整合与优化部分。包括：患者放、化疗等内科治疗的全程管理，制定患者放、化疗计划，对患者的放疗定位、靶区勾画、计划评估、治疗实施、疗效评价及副作用的处理等治疗过程全程监控，参与患者治疗后的随访工作。附件8、9、16 | | | | | | | | |
| 曾获国家、省部级科技奖励情况： | | | | | | | | |
| 无 | | | | | | | | |
| **声明：**本人同意完成人排名，自觉遵守《大连市科学技术奖励办法》的有关规定，遵守评审工作纪律，保证所提供的有关材料真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。**该项目是本人本年度被提名的唯一项目。**本人工作单位已知悉本人被提名情况且无异议。如产生争议，将积极配合调查处理。如有材料虚假或违纪行为，愿意承担相应责任并按规定接受处理。  本人签名：  年 月 日 | | | | | **完成单位声明**：本单位确认该完成人情况表内容真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。如产生争议，将积极配合调查处理。  **工作单位声明**：本单位对该完成人被提名无异议。  单位（盖章）  年 月 日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 王杰 | | | 性 别 | | 男 | | |
| 排 名 | 6 | | | 国 籍 | | 中国 | | |
| 出生年月 | 1988-01-14 | 出生地 | | 山东德州 | | 民 族 | | 汉族 |
| 身份证号 | 371425198801145112 | 归国人员 | | 否 | | 归国时间 | |  |
| 技术职称 | 主治医师 | 最高学历 | | 研究生 | | 最高学位 | | 博士 |
| 毕业学校 | 大连医科大学 | 毕业时间 | | 2022.07 | | 所学专业 | | 外科学 |
| 电子邮箱 | wangjie609025475@163.com | 办公电话 | | 0411-83635963 | | 移动电话 | | 18098877731 |
| 通讯地址 | 大连市西岗区中山路222号 | | | | | 邮政编码 | | 116011 |
| 工作单位 | 大连医科大学 | | | | | 行政职务 | | 无 |
| 二级单位 | 附属第一医院 | | | | | 党 派 | | 中共党员 |
| 完成单位 | 大连医科大学附属第一医院 | | | | | 所在地 | | 辽宁大连 |
| 单位性质 | | 事业型研究单位 |
| 参加本项目的起止时间 | | | 2022-03-01 | | | 至 | 2023-01-01 | |
| 对本项目主要技术发明的贡献： | | | | | | | | |
| 主要参与了“四、主要科技创新”的术中精准切除技术的创新与应用、全程精准诊疗体系的整合与优化部分。附件6、12、17 | | | | | | | | |
| 曾获国家、省部级科技奖励情况： | | | | | | | | |
| 无 | | | | | | | | |
| **声明：**本人同意完成人排名，自觉遵守《大连市科学技术奖励办法》的有关规定，遵守评审工作纪律，保证所提供的有关材料真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。**该项目是本人本年度被提名的唯一项目。**本人工作单位已知悉本人被提名情况且无异议。如产生争议，将积极配合调查处理。如有材料虚假或违纪行为，愿意承担相应责任并按规定接受处理。  本人签名：  年 月 日 | | | | | **完成单位声明**：本单位确认该完成人情况表内容真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。如产生争议，将积极配合调查处理。  **工作单位声明**：本单位对该完成人被提名无异议。  单位（盖章）  年 月 日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 尚玮 | | | 性 别 | | 男 | | |
| 排 名 | 7 | | | 国 籍 | | 中国 | | |
| 出生年月 | 1993-08-25 | 出生地 | | 河北唐山 | | 民 族 | | 汉族 |
| 身份证号 | 130203199308253312 | 归国人员 | | 否 | | 归国时间 | |  |
| 技术职称 | 主治医师 | 最高学历 | | 研究生 | | 最高学位 | | 博士 |
| 毕业学校 | 大连医科大学 | 毕业时间 | | 2023.6 | | 所学专业 | | 外科学 |
| 电子邮箱 | shangwie0825@126.com | 办公电话 | | 0411-83635963 | | 移动电话 | | 18098874223 |
| 通讯地址 | 大连市西岗区中山路222号 | | | | | 邮政编码 | | 116011 |
| 工作单位 | 大连医科大学 | | | | | 行政职务 | | 无 |
| 二级单位 | 附属第一医院 | | | | | 党 派 | | 中共党员 |
| 完成单位 | 大连医科大学附属第一医院 | | | | | 所在地 | | 辽宁大连 |
| 单位性质 | | 事业型研究单位 |
| 参加本项目的起止时间 | | | 2022-03-01 | | | 至 | 2023-01-01 | |
| 对本项目主要技术发明的贡献： | | | | | | | | |
| 主要参与了“四、主要科技创新”的术前精准评估技术的应用、全程精准诊疗体系的整合与优化部分。附件7、10 | | | | | | | | |
| 曾获国家、省部级科技奖励情况： | | | | | | | | |
| 无 | | | | | | | | |
| **声明：**本人同意完成人排名，自觉遵守《大连市科学技术奖励办法》的有关规定，遵守评审工作纪律，保证所提供的有关材料真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。**该项目是本人本年度被提名的唯一项目。**本人工作单位已知悉本人被提名情况且无异议。如产生争议，将积极配合调查处理。如有材料虚假或违纪行为，愿意承担相应责任并按规定接受处理。  本人签名：  年 月 日 | | | | | **完成单位声明**：本单位确认该完成人情况表内容真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。如产生争议，将积极配合调查处理。  **工作单位声明**：本单位对该完成人被提名无异议。  单位（盖章）  年 月 日 | | | |

**七、主要完成人情况表**（适用于外国人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 护照姓名 |  | | | 性 别 | |  | | |
| 排 名 |  | | | 国 籍 | |  | | |
| 中文名 |  | 出生年月 | |  | | 出生地 | |  |
| 职称 |  | 最高学历 | |  | | 最高学位 | |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 | |  | | 所学专业 | |  |
| 电子邮箱 |  | 办公电话 | |  | | 移动电话 | |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | 行政职务 | |  |
| 完成单位 |  | | | | | 所在地 | |  |
| 单位性质 | |  |
| 国内任职起止时间 | | |  | | | 至 |  | |
| 参加本项目的起止时间 | | |  | | | 至 |  | |
| 对本项目主要技术发明的贡献： | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 曾获中国国家、省部级科技奖励情况： | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 承担中国科研计划或入选人才引进计划等情况： | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 工作履历： | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **声明：**本人同意完成人排名，自觉遵守《大连市科学技术奖励办法》的有关规定，遵守评审工作纪律，保证所提供的有关材料真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。**该项目是本人本年度被提名的唯一项目。**本人工作单位已知悉本人被提名情况且无异议。如产生争议，将积极配合调查处理。  本人签名：  年 月 日 | | | | | **完成单位声明**：本单位确认该完成人对华友好，情况表内容真实有效，且不存在违反相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。如产生争议，将积极配合调查处理。  **工作单位声明**：本单位对该完成人被提名无异议。  单位（盖章）  年 月 日 | | | |

**八、主要完成单位情况表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 大连医科大学附属第一医院 | | | 企业规模类型 | 大型企业 |
| 排名 | 1 | 法定代表人 | 夏云龙 | 所在地 | 辽宁大连 |
| 单位性质 | 医疗机构 | 传 真 | 0411-83622844 | 邮政编码 | 116011 |
| 通讯地址 | 大连市西岗区中山路222号 | | | | |
| 联 系 人 | 曲承春 | 单位电话 | 0411-83635963 | 移动电话 | 18098870757 |
| 电子邮箱 | quchengchun@126.com | | | | |
| 对本项目科技创新和推广应用情况的贡献： | | | | | |
| 申报课题的主要设备和技术条件由本院临床各科室所提供。项目成果的主要参与人员组成专业技术组，负责技术传授，由大连医科大学附属第一医院科研部部门组成管理组负责相关学习的事务管理，已将本项目的技术推广至全省范围。 | | | | | |
| **声明**：本单位同意完成单位排名，遵守《大连市科学技术奖励办法》的有关规定，承诺遵守评审工作纪律，保证所提供的有关材料真实有效，且不存在任何违反《中华人民共和国保守国家秘密法》和《科学技术保密规定》等相关法律法规及侵犯他人知识产权的情形。如产生争议，将积极配合调查处理。如有材料虚假或违纪行为，愿意承担相应责任并按规定接受处理。  法定代表人签名： 单位（盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | |

**完成人合作关系说明**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **承诺：**本人作为项目第一完成人，对本项目完成人合作关系及上述内容的真实性负责，特此声明。 | |
|  | |
| **第一完成人签名：** |  |

**完成人合作关系情况汇总表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **合作方式** | **合作者** | **合作时间** | **合作成果** | **证明材料** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |