



اطلاعات عمومی		دانشگاه علوم پزشکی:
نام و نام خانوادگی:		کد ملی:
سال تولد:		محل تولد:
مرتبۀ علمی:		آخرین مدرک تحصیلی:
رشته تحصیلی:		محل خدمت:
پست الکترونیک:		تلفن همراه:

اطلاعات اختصافی:	
عنوان اختراع ۱:	
درصد مشارکت داوطلب:	<input type="text"/>
گواهی ثبت اختراع داخلی:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
پتنت خارجی:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
به مرحله تولید انبوه رسیده است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر

عنوان اختراع ۲:	
درصد مشارکت داوطلب:	<input type="text"/>
گواهی ثبت اختراع داخلی:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
پتنت خارجی:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
به مرحله تولید انبوه رسیده است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر