附件

厦门市技术转移机构确认申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 技术转移机构名称（以营业执照为准，并加盖公章） |  |
| 注册地址 |  |
| 实际办公地址 |  | 面积 |  |
| 技术转移机构注册时间 |  | 注册资金 |  | 统一信用代码 |  |
| 电话 |  | 传真 |  | 邮编 |  |
| 负责人 |  | 身份证号 |  | 手机 |  |
| 联系人 |  | 身份证号 |  | 手机 |  |
| 技术转移机构依托高校院所（不超过5家） |  |
| 专职人员数量 |  | 从事技术转移工作人员数量 |  | 技术转移工作人员数量占专职人员数量比例  | xx.xx% |
| **专职****人员** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **学历****专业** | **职称/****职务** | **社保缴交起止日期** | **个税缴交起止日期** | **是否从事技术转移工作** | **手机** |
| 范例 | 陈小小 | 女 | 29 | 本科工商管理 | 中级/人事 | 2025.02.01-2025.02.28 | 2025.02.01-2025.02.28 | 是/否 | 136xxxxxxxx |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 技术转移机构经营范围 |
|   |
| 开展技术转移工作的基本情况和取得的主要成效 |
|  |