|  |  |
| --- | --- |
| **西 安 光 机 所 专 利 撤 回/复 审 申 请 表** | |
| 发明创造名称 |  |
| 专利申请号  及申请日 |  |
| 专利申请人 |  |
| 发明人 |  |
| 办理类型 | * 撤回 □ 复审 |
| 陈述原因 |  |
| 第一发明人  意见 | 签字： 年 月 日 |
| 课题负责人  意见 | 签字： 年 月 日 |
| 所在部门  领导意见 | 签字： 年 月 日 |
| 综合科研处  领导意见 | 签字： 年 月 日 |
| 所长/主管所领导意见 | 签字： 年 月 日 |

附件 5

（备注：1.审核意见必须填写是否同意；2.本表一式三份，综合科研处两份（包含一份原件），所在研究室知识产权联络员留存一份。）