附件2

2025江苏—挪威创新合作对接会报名表

设区市： 科技局联系人： 联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称 | 中文 |  |
| 英文 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位网站 |  | 单位电话 |  |
| 单位简介 | 中文 |  |
| 英文 |  |
| 参会人姓名及职务 |  | 电话 |  | 电子邮箱  |  |
| 合作需求 | 1. 技术需求（中、英文）： |
| 2. 技术领域（中、英文）： |
| 3. 合作方式（中、英文）： |
| 4. 意向合作挪威企业应具备的条件和专业领域（中、英文）： |
| 5. 本次对接会意向对接的挪方企业（请填写企业名称或序号）： |

备注：请意向参会代表将报名表发送至省对外科技交流中心联系人邮箱：maggie\_jittc@163.com。