

武汉市经济和信息化局 武汉市卫生健康委员会

市经信局 市卫健委关于联合开展 “人工智能+医疗”创新应用征集的通知

各区（开发区）人工智能主管部门、卫健局，各有关单位：

为深入贯彻落实《武汉市推动“人工智能+”行动方案（武政办〔2026〕21号）》，发挥“双组长+”（人工智能主管部门联合行业主管部门及相关区）工作机制，推动人工智能技术在医疗健康领域的创新应用、场景落地与成果转化，市经信局联合市卫健委开展“人工智能+医疗”创新应用征集，有关情况通知如下：

一、工作目标

培育一批具有创新性、示范性、可推广性的“人工智能+医疗”解决方案与应用案例，包括 AI+医疗应用场景、医疗大模型和智能体、智能医疗终端、高质量数据集等方向。发布具有示范价值的成果，建立培育库。搭建供需对接平台，促进产学研用深度融合与协同创新，优化人工智能与医疗健

康融合发展生态，助力人工智能产业和医疗健康事业高质量发展。

二、征集对象

具有独立法人资格的医疗卫生机构及企业，近三年无重大安全事故、未在严重违法失信名单有效期内，正常开展经营活动。鼓励医疗卫生机构与企业联合申报，同一个项目最多支持3家单位联合申报。

三、征集方向

AI+医疗应用场景：包括 AI 赋能患者服务、临床诊疗、管理决策、公共卫生及科研教学等场景。

医疗大模型与智能体：面向医疗健康领域训练或优化的大模型、医疗健康行业智能体、数字医生等。

智能医疗终端产品：适配医疗场景的智能硬件、智能诊疗及监护设备、脑机接口、机器人、可穿戴设备、智慧病房解决方案等。

高质量数据集：经合法合规处理的、可用于 AI 模型训练的医疗健康领域高质量数据集。

四、征集要求

（一）请各区组织发动区内相关企事业单位积极申报，指导申报单位分类填写对应的申报表，由各区人工智能主管部门会同卫健主管部门，梳理汇总初审，形成推荐意见和本区汇总表（见附件5，需区卫健部门和人工智能部门分别盖章），于2026年6月15日17:00前将本区纸质材料（申报书一式二份，推荐意见一式一份）报送至市经信局412室（武

汉市江汉区青年路 560 号企业服务大楼)，并同步报送电子版（Word 和 PDF 盖章扫描件）申报材料至邮箱：

whaicj@126.com 及 whswjwrgznzb@163.com。

（二）申报单位提交的材料内容须完整、真实、准确，逾期或材料不齐者不予受理。同一项目/产品原则上不得重复申报多个方向。

（三）联系人和联系方式：

市人工智能专班 许介铭 027-85317173

市经信局 周前进 027-85316971

市卫健委 刘晶 027-82770096

附件：

- 1.武汉市“人工智能+医疗”典型应用场景案例申报书
- 2.武汉市医疗行业模型和智能体项目申报书
- 3.武汉市医疗行业智能终端产品申报书
- 4.武汉市医疗行业高质量数据集申报书
- 5.XX 区“人工智能+医疗”创新应用项目申报信息汇总表



2026 年 5 月 28 日

附件 1

武汉市“人工智能+医疗”典型应用场景 案例申报书

申报单位 _____（加盖公章）

联合申报单位 _____（加盖公章）

案例名称 _____

单位地址 _____

申报日期 _____

武汉市经济和信息化局 武汉市卫生健康委员会

2026 年

一、单位基本情况

单位名称						
统一社会信用代码						
单位地址						
单位性质	<input type="checkbox"/> 党政机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 民营企业 <input type="checkbox"/> 外资企业 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）					
申报人员	负责人姓名		职务		电话	
	联系人姓名		职务		电话	
场景名称						
场景类型	<input type="checkbox"/> AI+患者服务 <input type="checkbox"/> AI+临床诊疗 <input type="checkbox"/> AI+管理决策 <input type="checkbox"/> AI+公共卫生 <input type="checkbox"/> AI+科研教学 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）_____					
建设资金来源及组成	（自筹、财政资金或其他，请详细介绍。研发资金组成，包括开发费用、测试费用、人工费用、软件及设备采购费用、材料费用、制造费用）					
单位情况介绍	（包括单位基本信息，人工智能应用赋能等情况）					
联合单位情况介绍（如有）	（简要介绍联合单位在场景建设中的主要支撑作用等）					

二、案例描述

（一）背景。重点阐述利用人工智能技术所解决的医疗领域痛点或关键问题，简要介绍技术创新性和前沿性。

（二）实施情况。包括但不限于需求分析、技术研发或个性化定制、应用优化及数据安全防护等方面切实可行的解决方案。可图文并茂。

（三）应用成效。重点介绍在医疗领域具体应用场景落地情况及创新性，介绍可带来的经济效益及社会效益。

（四）推广价值。包括但不限于当前应用深度及广度、技术方案在不同场景的适应性与灵活性，以及在医疗领域的示范引领作用等。

三、附件材料

（一）承诺书（见模板）；

（二）营业执照（事业单位提供法人证书）副本复印件；

（三）体现应用场景技术水平、建设进展和应用情况，以及取得成效的相关证明材料，包括但不限于场景建设运行证明（包括实地照片素材等），第三方评价（如用户评价、专家评审意见、第三方检测认证、社会舆论正面评价等），专利、软著、获奖等情况。

承诺书

(模板)

1.本单位对本申请材料的合法性、真实性、准确性和完整性负责。

2.本单位自愿提供开展武汉市“人工智能+医疗”创新应用征集入库所需的材料，并为相关工作提供方便。

3.本单位同意将本申请材料向负责征集评选工作人员和评审专家公开。

4.本申请材料用于武汉市“人工智能+医疗”创新应用征集入库和评选补助相关工作，不再要求予以退还。

特此承诺。

申请单位法人代表（签名）：

申请单位（盖章）：

年 月 日

附件 2

武汉市医疗行业模型和智能体项目申报书

申报单位 _____ (加盖公章)

联合申报单位 _____ (加盖公章)

产品名称 _____

单位地址 _____

申报日期 _____

武汉市经济和信息化局 武汉市卫生健康委员会

2026 年

一、单位基本情况

单位名称						
统一社会信用代码						
单位地址						
单位性质	<input type="checkbox"/> 党政机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 民营企业 <input type="checkbox"/> 外资企业 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）_____					
申报人员	负责人姓名		职务		电话	
	联系人姓名		职务		电话	
单位经营情况	2025 年营业收入 (万元)			2025 年人工智能营业收入 (万元)		
单位人才情况	员工总数		研发人员数量		人工智能研发人员数量	
单位情况介绍	（包括单位基本情况、主营业务及产品、核心优势、研发团队等，重点突出人工智能研发团队及领军人才、人工智能的技术攻关和产品研发、人工智能应用赋能等情况）					
联合单位情况介绍（如有）	（简要介绍联合单位在产品研发中的主要支撑作用等）					

二、项目基本情况

产品名称				
近三年研发投入(万元)	(近三年时间: 2023年5月1日至2026年4月30日)			
产品类型	<input type="checkbox"/> 语言大模型 <input type="checkbox"/> 视觉大模型 <input type="checkbox"/> 多模态大模型 <input type="checkbox"/> 智能体 <input type="checkbox"/> 其他(请注明)			
模型指标	基础大模型名称		参数量(亿)	
数据指标	数据集来源	<input type="checkbox"/> 自建 <input type="checkbox"/> 采购 <input type="checkbox"/> 其他(请注明)		
	数据集名称			
	数据集模态与规模(TB)	<input type="checkbox"/> 文本_____ <input type="checkbox"/> 图像_____ <input type="checkbox"/> 音频_____		
	<input type="checkbox"/> 视频_____ <input type="checkbox"/> 其他_____			
备案情况	(包括国家网信办模型(算法)备案、省委网信办登记等相关情况)			
服务方式	<input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> 网页 <input type="checkbox"/> API接口 <input type="checkbox"/> 小程序 <input type="checkbox"/> 其他(请注明)			
近三年研发资金来源及组成	(自筹、财政资金或其他,请详细介绍。研发资金组成,包括语料和数据费用、产品开发费用、测试费用、人工费用、设备采购和材料费用等)			

三、项目内容

（一）项目概述。包括立项的背景、意义、国内外研究现状和发展趋势，本项目进展情况和下一步计划。项目牵头或参与制修订标准情况、参与省部级以上项目情况以及获得荣誉表彰情况。

（二）技术创新。重点介绍项目在人工智能技术应用等方面的创新情况。包括采用的大模型技术，使用的架构、数据集、工具箱，产品的关键技术、性能指标和创新性。算力使用量、使用类型、服务方式、算力供给方情况，产品部署灵活性与兼容性以及安全保障情况。

（三）应用成效。包括产品应用案例，介绍投入产出比、可带来的经济效益及社会效益，可与使用技术前进行对比，包括但不限于问题解决情况、效益提升、服务改善、管理优化、产品升级等方面的成效。

四、附件材料

- （一）承诺书（见模板）；
- （二）营业执照（事业单位提供法人证书）副本复印件；
- （三）体现产品技术水平、开发进展和应用情况，以及取得成效的相关证明材料，包括但不限于模型建设运行证明（包括模型训练与调用情况）、国家网信办模型（算法）备案和省委网信办登记等相关证明（如有）、专利、软著、获奖等情况，以及应用图片、服务对象体验调研报告等。

承诺书

(模板)

1.本单位对本申请材料的合法性、真实性、准确性和完整性负责。

2.本单位自愿提供开展武汉市“人工智能+医疗”创新应用征集入库所需的材料，并为相关工作提供方便。

3.本单位同意将本申请材料向负责征集评选工作人员和评审专家公开。

4.本申请材料用于武汉市“人工智能+医疗”创新应用征集入库和评选补助相关工作，不再要求予以退还。

特此承诺。

申请单位法人代表（签名）：

申请单位（盖章）：

年 月 日

附件 3

武汉市医疗行业智能终端产品申报书

申报单位 _____ (加盖公章)

联合申报单位 _____ (加盖公章)

产品名称 _____

单位地址 _____

申报日期 _____

武汉市经济和信息化局 武汉市卫生健康委员会

2026 年

一、单位基本情况

单位名称						
统一社会信用代码						
单位地址						
单位性质	<input type="checkbox"/> 党政机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 民营企业 <input type="checkbox"/> 外资企业 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）_____					
申报人员	负责人姓名		职务		电话	
	联系人姓名		职务		电话	
单位经营情况	2025 年营业收入 (万元)			2025 年人工智能营业收入 (万元)		
单位人才情况	员工总数		研发人员数量		人工智能研发人员数量	
单位情况介绍	（包括单位基本情况、主营业务及产品、核心优势、研发团队等，重点突出人工智能研发团队及领军人才、人工智能的技术攻关和产品研发、人工智能应用赋能等情况）					
联合单位情况介绍（如有）	（简要介绍联合单位在产品研发中的主要支撑作用等）					

二、产品基本情况

产品名称	
产品简介	(300字以内)
近三年研发成本 (万元)	(近三年时间:2023年5月1日至2026年4月30日)
产品研发资金来源及组成	(自筹、财政资金或其他,请详细介绍。研发资金组成,包括语料和数据费用、产品开发费用、测试费用、人工费用、设备采购和材料费用等)

三、产品介绍

1. 产品概述。包括研发产品的背景和意义,国内外研究现状和发展趋势,产品技术路线和关键技术,实现的功能,在人工智能领域技术水平等。

2. 适用场景及应用成效。简要介绍产品的服务对象、应用领域及市场表现情况、经济社会成效等。

3. 创新经验。包括产品研发应用过程中总结的先进经验、创新点等。

四、附件材料

(一) 承诺书(见模板);

(二) 营业执照(事业单位提供法人证书)副本复印件;

(三) 产品图片,产品技术水平、实现的功能及取得成效的相关证明材料,如知识产权、所获荣誉、技术成果检测情况、应用图片、服务对象体验调研报告等。

承诺书

(模板)

1.本单位对本申请材料的合法性、真实性、准确性和完整性负责。

2.本单位自愿提供开展武汉市“人工智能+医疗”创新应用征集入库所需的材料，并为相关工作提供方便。

3.本单位同意将本申请材料向负责征集评选工作人员和评审专家公开。

4.本申请材料用于武汉市“人工智能+医疗”创新应用征集入库和评选补助相关工作，不再要求予以退还。

特此承诺。

申请单位法人代表（签名）：

申请单位（盖章）：

年 月 日

附件 4

武汉市医疗行业高质量数据集申报书

申报单位 _____ (加盖公章)

联合申报单位 _____ (加盖公章)

数据集名称 _____

单位地址 _____

申报日期 _____

武汉市经济和信息化局 武汉市卫生健康委员会

2026 年

一、单位基本情况

单位名称						
统一社会信用代码						
单位地址						
单位性质	<input type="checkbox"/> 党政机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 民营企业 <input type="checkbox"/> 外资企业 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）_____					
申报人员	负责人姓名		职务		电话	
	联系人姓名		职务		电话	
建设资金来源及组成	（自筹、财政资金或其他，请详细介绍。研发资金组成，包括开发费用、测试费用、人工费用、软件及设备采购费用、材料费用、制造费用）					
单位情况介绍	（包括单位基本情况、主营业务及产品、核心优势、研发团队等）					
联合单位情况介绍（如有）	（简要介绍联合单位在数据集建设中的主要支撑作用等）					

二、高质量数据集基本情况

“案例1” 简要信息	数据集名称	
	申报方向	<input type="checkbox"/> 临床诊疗 <input type="checkbox"/> 患者服务 <input type="checkbox"/> 中医药 <input type="checkbox"/> 公共卫生 <input type="checkbox"/> 科研教学 <input type="checkbox"/> 行业治理 <input type="checkbox"/> 健康产业 <input type="checkbox"/> 其他 (可多选)
	细分领域	<input type="checkbox"/> 紧密型县域医共体 <input type="checkbox"/> 基层医生辅助诊疗 <input type="checkbox"/> 居民慢性病规范管理 <input type="checkbox"/> 健康管理、养老和托育 <input type="checkbox"/> 医学影像诊断 <input type="checkbox"/> 临床辅助诊疗 <input type="checkbox"/> 康复和用药 <input type="checkbox"/> 患者服务 <input type="checkbox"/> 转诊服务 <input type="checkbox"/> 中医诊疗 <input type="checkbox"/> 中药全周期管理 <input type="checkbox"/> 中医药装备 <input type="checkbox"/> 传染病监测预警 <input type="checkbox"/> 卫生应急管理和处置 <input type="checkbox"/> 重点疾病和重点人群管理 <input type="checkbox"/> 医学科学研究 <input type="checkbox"/> 健康科普 <input type="checkbox"/> 药物科研成果转化 <input type="checkbox"/> 医疗卫生机构管理 <input type="checkbox"/> 卫生健康行业监管 <input type="checkbox"/> 应急救治体系 <input type="checkbox"/> 智能新型服务业态 <input type="checkbox"/> 智能医疗装备 <input type="checkbox"/> 智能信息产业 <input type="checkbox"/> 其他_____ (可多选)
	数据集模态与规模 (TB)	<input type="checkbox"/> 文本_____ <input type="checkbox"/> 图像_____ <input type="checkbox"/> 音频_____ <input type="checkbox"/> 视频_____ <input type="checkbox"/> 其他_____

	数据集更新频率	_____（日/月/年）	
	数据集名称和单位名称是否同意在市级部门组织的相关产业对接活动发布，并开展媒体宣传。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	本数据集是否涉及国家秘密。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	本数据集是否涉及个人敏感信息。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	已支撑算法模型	（填写人工智能模型、智能体名称及数量，若没有，填“无”）	
“案例2” 简要信息	（如本次申报涉及多个数据集，请复制“案例1”简要信息部分表格，并进行填写，以此类推）		

三、数据集介绍

1. 数据集概况。包括数据集建设的背景和意义、数据集总量、建设目的、建设方法、用途及模型验证等。
2. 适用场景及应用成效。简要介绍数据集已落地的或潜在的应用场景及其在相关领域的应用价值，总结取得的经济效益和社会效益。
3. 创新经验。总结高质量数据集建设与应用中的先进经验、创新点等。

四、附件材料

- （一）承诺书（见模板）；
- （二）营业执照（事业单位提供法人证书）副本复印件；

（三）体现数据集建设质量、合规性及应用成效的相关证明材料，包括但不限于数据集建设说明（含数据治理与数据标准化、质控报告、规模说明等）、数据安全与隐私保护证明、应用落地证明（模型训练、科研/临床应用情况、效果评估报告等），以及相关知识产权、获奖等材料。

承诺书

(模板)

1.本单位对本申请材料的合法性、真实性、准确性和完整性负责。

2.本单位自愿提供开展武汉市“人工智能+医疗”创新应用征集入库所需的材料，并为相关工作提供方便。

3.本单位同意将本申请材料向负责征集评选工作人员和评审专家公开。

4.本申请材料用于武汉市“人工智能+医疗”创新应用征集入库相关工作，不再要求予以退还。

特此承诺。

申请单位法人代表（签名）：

申请单位（盖章）：

年 月 日

附件 5

XX 区“人工智能+医疗”创新应用项目申报信息汇总表

推荐单位（盖章）：

联系人及联系方式：

武汉市“人工智能+医疗”典型应用场景申报信息汇总表							
序号	所在区	申报单位名称	场景名称	申报场景方向	应用场景描述 (100字左右)	联系人	联系方式
1							
2							
3							

武汉市医疗行业模型和智能项目申报信息汇总表

序号	所在区	申报单位名称	产品名称	产品类型	产品描述 (100字左右)	联系人	联系方式
1							
2							
3							

武汉市医疗行业智能终端产品申报信息汇总表

序号	所在区	申报单位名称	产品名称	产品描述(100字左右)	联系人	联系方式
1						
2						
3						

武汉市医疗行业高质量数据集申报信息汇总表

序号	所在区	申报单位名称	数据集名称	数据集概况（100字左右）	联系人	联系方式
1						
2						
3						