首届认知障碍康复病例大赛报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参赛机构名称 |  | | |
| 具体地址 |  | 邮编 |  |
| 联系人 (领队) |  | 联系电话 |  |
| E-mail |  | QQ 号 |  |
| 微信号 |  | 参赛队口号 |  |
| 病例病种 |  | | |
| 参赛人员 |  | 专业 |  |
| 参赛人员 |  | 专业 |  |
| 参赛人员 |  | 专业 |  |

注：请务必于 5 月 5 日前，提交报名表及初赛作品。