活动报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职务/职称 |  |
| 单 位 |  | | | 部 门 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | 移动电话 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | E-mail | |  | |
| 案例  专业方向 | □呼吸 □抗凝 □心血管 □肿瘤 □妇产科  □儿科 □内分泌 □肠内外营养 □肾内与免疫  □ICU □老年 □抗感染 □疼痛 □消化 □神经系统  □其他: | | | | | | |
| 论文题目 |  | | | | | | |
| PPT题目 |  | | | | | | |
| 提报人承诺 | 我承诺该案例为本人原创，内容真实，且尚未公开发表。  案例提报人签字：  2024年 月 日 | | | | | | |
| 科室负责人承诺 | 同意提报该案例，并全力支持案例提报人参与本次案例征集活动。  科室负责人签字：  2024年 月 日 | | | | | | |