附件2：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | | |
| 申报人姓名 |  | 所在科室 |  |
| 职务/职称 |  | 专科护士类型 | 如：骨科/省级 |
| 手机号码 |  | 邮箱 |  |
| 案例主题 |  | | |
| 案例简介  （1000字以内） |  | | |
| 推荐单位意见：（盖章）  年 月 日 | | | |

**苏州市护理学会首届专科护士论坛---典型案例展示**

**报名表**