**附件**

**陕西省第六届吞咽障碍康复病例大赛**

**暨西北地区吞咽障碍康复病例大赛选拔赛报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 参赛单位 |  |
| 单位地址，邮编 |  |
| 队员姓名 | 专业 | 性别 | 职称 | 职务 | 联系电话 |
|  | 医生 |  |  |  |  |
|  | 治疗师 |  |  |  |  |
|  | 护士 |  |  |  |  |