**“依瑞德杯”全国帕金森病与运动障碍康复临床技能竞赛回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参赛机构全称 |  | | |
| 详细联系地址 |  | | |
| 作品名称 | ×××病×××功能障碍的规范康复 | | |
| 参赛口号 |  | | |
| 参赛队员1 |  | 专业 |  |
| 参赛队员2 |  | 专业 |  |
| 参赛队员3 |  | 专业 |  |
| 参赛队员4 |  | 专业 |  |
| E-mail（队长） |  | QQ号（队长） |  |
| 微信号（队长） |  | 电话（队长） |  |
| 1. 务必于8月1日前发回指定邮箱；②同时发送1张参赛团队合照，另作附件； | | | |