**全国中西医结合循证护理发展联盟**

**申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | |
| **单位地址** |  | | |
| **通信地址** |  | | |
| **单位负责人姓名** |  | **单位负责人职务** |  |
| **单位联系人** |  | **联系人手机** |  |
| **联系人E-mail** |  | **联系人电话** |  |
| **联系人传真** |  | | |
| **单位核心成员名单**（5人以上，为未来主要负责本单位完成联盟相关工作的成员） | | | |
| 姓名 | 职称 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **循证护理相关工作基础及取得成绩** | 此部分可以列出本单位开展的循证护理相关课程（课程名称、课程性质<必修、选修>、学时、主讲人）、培训（具体培训时间、地点、培训主题）、第一负责人主持过的循证护理课题（课题名称、课题级别、编号和时间）、第一作者或通讯作者发表的相关文章（参考文献形式列出）等等。 | | |
| **未来循证护理工作设想** |  | | |
| **申请单位意见** | | | |
| 我单位自愿加入全国中西医结合循证护理发展联盟，承诺履行联盟赋予的权利和义务。  单位（盖章）负责人（签章）  年 月 日 | | | |

备注：单位负责人为主管副院长或副主任以上职务，单位章为护理学院（系）章或医院护理部章即可，此表填写完整、签字盖章后扫描，于10月10日前发至北京中医药大学循证护理研究中心秘书处邮箱：hlxypxb@163.com