循证护理实践项目比赛

**申报表**

项目名称：

项目负责人：

工作单位：

联系电话：

重庆市护理学会循证护理专业委员会

2021年9月

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 单位名称 |  | | |
| 申报部门/科室 |  | 联系人 |  |
| 联系电话 |  | 邮 箱 |  |
| 通讯地址 |  | | |
| 项目负责人 |  | | |
| 项目组成员 |  | | |
| 项目介绍 | **背景及立题依据** | | |
| **实施步骤及过程（需详细阐述）** | | |
| **实施效果** | | |
| 项目负责人签名 | 项目负责人签名：  年 月 日 | | |