附件 1：

|  |
| --- |
| 第三届改善医院药事管理与药学服务创新案例报名表 |
| 案例作者姓名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 单位 |  | 职称/职务 |  |
| 身份证号码 |  |
| 移动电话 |  | E-mail |  |
| 案例题目 |  |
| 案例介绍（建议 300 字） |  |