附件6

北京市运动防护师康复评估报告

姓名： 申报等级： 填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 康复治疗案例（1） | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 运动项目 |  |
| 康复治疗原因 |  | | | 受伤时间 |  |
| 康复治疗经过及实施效果：  本人签字： | | | | | |

医生签字： 部门负责人签字： 分管领导签字：