附件2

**健康中国行动知行大赛医疗卫生机构专场省级战队报名表**

|  |
| --- |
| **报送单位（盖章）：** |
| **报送单位名称** |   |
| **联系人** |   | **联系电话** |   |
| **联系地址** |   |
| **战队成员信息登记（领队）** |
| **姓名** |  | **出生日期** |  | **（一寸免冠照片）** |
| **性别** |  | **职务职称** |  |
| **所在单位** |  |
| **联系电话** |  | **居住地址** |  |
|  **个人简介** |  |
| **战队成员信息登记（队员）** |
| **姓名** |  | **出生日期** |  | **（一寸免冠照片）** |
| **性别** |  | **职务职称** |  |
| **所在单位** |  |
| **联系电话** |  | **居住地址** |  |
| **个人简介****（包括优秀事迹、荣誉奖项等，一般不少于300字）** |  |