附件4

复赛人员登记表

填报单位（盖章）： 地（州、市）卫健委

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | | 照  片  （1寸 非大头贴 ） |
| 性别 |  | | | 族别 |  |
| 年龄 |  | | | 学历 |  |
| 职务 |  | | | 职称 |  |
| 从事专业及时间 | | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | |
| 参赛科目 | | 危重孕产妇救治□ 危重新生儿救治□  宫颈癌防治□ 儿童眼保健□ | | | | |
| 执业证书名称及编号：  1.  2．  3. | | | | | | |
| 备注：1.本表由各地、（州、市）卫生健康委统一填报盖章后上报。  2.为保障信息上报准确无误，表格填写一律采用打印字体。  3.应确保所填信息准确无误，核对如有不符将取消参赛资格。 | | | | | | |

填表人： 联系电话：