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：