附件2:

**2017年全国首届高等职业院校临床技能大赛报名汇总表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省（区、市） |  | 学校名称 |  | 总人数 |  |
| 领队姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 职务 |  | 办公电话 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| E-mail |  | 传真 |  |
| 指导教师信息 |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 职称 | 工作单位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 参赛学生信息 |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身高 | 体重 | 鞋码 | 所在学校 | 身份证号码 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 参赛队抵达时间 |  | 抵达车次（航班） |  |
| 返程时间 |  | 返程车次（航班） |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |

**注：请在学校名称栏加盖单位公章**

**2017年全国首届高等职业院校临床技能大赛**

**参赛选手报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 参赛院校 |  |
| 院校地址 |  | 邮编 |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 近 期照 片 |
| 身份证号 |  |
| 年 级 |  | 出生日期 |  |
| 联系电话 |  |
| 指导教师 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | E-mail |  |
| 学 校意 见 |  （盖 章） 年 月 日 |