附件1

**反兴奋剂医疗联系人报名表**

填报单位：­ **（盖章）**

第二届夏季青年奥林匹克运动会：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 队伍名称 | 办公电话 | 手 机 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

第十七届亚洲运动会：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 队伍名称 | 办公电话 | 手 机 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

第四届亚洲沙滩运动会：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 队伍名称 | 办公电话 | 手 机 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：请各单位根据参赛的实际情况，以每个运动会参赛队伍为单位，填报各参赛队伍联系人信息。如不参加运动会，直接填写“不参赛”即可。