附件1

国家队专家下队巡诊申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国家队 |  | | | | | |
| 医务工作负责人 | | |  | 手机： |  | |
| 一、训练及比赛安排 | | | | | | |
| 时间 | | | 地点 | 训练或比赛 | | 备注 |
| 至 | | |  | □训练 □比赛 | |  |
| 至 | | |  | □训练 □比赛 | |  |
| 至 | | |  | □训练 □比赛 | |  |
| 至 | | |  | □训练 □比赛 | |  |
| 至 | | |  | □训练 □比赛 | |  |
| 至 | | |  | □训练 □比赛 | |  |
| 二、医疗及营养专家下队需求 | | | | | | |
| 专家类别 | |  | | | | |
| 下队时间 | |  | | | | |
| 三、其他需求 | | | | | | |
|  | | | | | | |

注：请于12月11日17:00前发至运医所队医处邮箱（[gjdywglc@vip.163.com](mailto:gjdywglc@vip.163.com)），联系人：李俊涛（13146558119）。