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），联系人：李俊涛（13146558119）。