附件4

国家队医务人员信息登记表

国家队： 填表时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 职称 | 从事工 作 | 相关资格证书种类及证书编号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

医疗工作负责人(签字)： 联系电话：

领队(签字)：

注：请于12月11日17：00前发送至运医所队医处邮箱（gjdywglc@vip.163.com），并抄送至科教司邮箱（jyc@sport.gov.cn）。纸质版签字后交换至运医所国家队医务管理处。