附件1

**皖南医学院第二届大学生麻醉技能竞赛参赛回执**

参赛医院：（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **领队姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **职务** | **职称** | **学科专业** | **移动电话** | **电子邮箱** | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **队员姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **入学时间** | **学制** | **院系/专业** | **移动电话** | **白大衣型号** | **手套型号** | **电子邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

参赛医院意见:经审核以上选手符合本次竞赛的选手资格，同意参加本次竞赛。

参赛医院负责人签字：

日期：