**附件5**

**安徽省教育工会高校附属医院**

**青年医师临床技能竞赛决赛报名表**

单位名称：

|  |
| --- |
| 领队姓名： 职 务： 联系方式： |
| 选手情况 |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 工作年限 | 身份证号码 | 手机号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |