**参赛回执**

|  |
| --- |
| 第二届“泰亿格”杯全国儿童康复治疗师技能大赛报名表 |
| 参赛团队名称 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 参赛团队口号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 所在单位 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 单位地址 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 编号 | 姓名 | 单位 | 承担角色 | 联系电话 | 邮箱 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 报名须知： 请将报名信息表于2018年7月30日前发送至会务组邮箱etkfjnds2018@sina.com  邮件主题格式：[报名儿康技能大赛]-单位-队名-队长电话 附件主题格式：[报名儿康技能大赛]-单位-队名-队长电话 |