附件2

**各省推荐参赛队伍信息表**

省级行政部门（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 培训基地 | 姓名 | 所在科室 | 职称（住院医师请注明培训年份） | 执业注册范围 | 作品中担任角色 | 联系电话 | 培训基地类型住培/助理 | 参赛类型 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |

注：请将此名单盖章扫描发送至quankeshizi@vip.163.com。