附件：

信达万里-光明行动计划登记表

所在医院（加盖公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 科室 | 专业 | 职务/职称 | 是否党员 | 手机号码 | 身份证号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

此表可根据实际情况复制

填写完成后请加盖公章扫描并同WORD版发送至yqfk@cnmia.org。