附件2：

**中国非公立医疗机构协会支援武汉医疗队**

**报名回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| **机构名称（盖章）** |  |
| **联系人姓名、职务及联系方式：** |
| **带队人姓名、职务及联系方式：** |
| **医护人员姓名** | **性别** | **年龄** | **专业** | **职称** | **手机号** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（此表可复制）

注：请于2020年2月18日中午12点前反馈至协会疫情防控工作领导小组办公室。

附件3：

**中国非公立医疗机构协会支援武汉医疗队**

**防护物资捐赠回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| **接收医院** |  |
| **物资名称** | **数量** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **捐赠单位名称（盖章）** |  |
| **捐赠单位联系人****姓名、职务及联系方式** |  |

注：请于2020年2月18日中午12点前反馈至协会疫情防控工作领导小组办公室。