附件4

全区中药调剂职业技能竞赛参赛代表队成员名单

填报单位（盖章）： （区直医疗机构 □市卫生健康委□）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位 | 职称/职务 | 联系方式 | 备注  （领队、联络员、选手） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：请于12月1日前报送至指定邮箱（w3131098@126.com）

填报人： 填报时间： 联系电话：