附件4

广西体医融合高级研修班培训报名表

单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 单位 | 职称/职务 | 联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填报联系人： 联系方式：

**注：请各市体育行政主管部门、卫生健康部门分别汇总本部门参加培训人员名单，并于11月5日前将报名表扫描件（需盖章）和电子版发送至指定邮箱**