附件

“羊城工匠杯”·2025年医院技术转移人才

技能竞赛团队报名表

|  |
| --- |
| 一、团队基本信息 |
| 医院名称 |  |
| 团队名称 |  | 领队姓名 |  |
| 团队介绍 |  |
| 二、团队成员（3人） |
| 姓名 | 性别 | 手机号码 | 部门 | 职务 | 职称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 单位意见 | 同意推荐参赛。单位： （盖章） |