附件一：

 山西省少儿推拿技能比赛报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 民族 |  | 学历 |  | 工作单位 |  |
| 职务/职称 |  | 联系电话 |  |
| 个人邮箱 |  |
| 工作单 位 | 详细地址： |
| 电话（含区号）： | 邮政编码 |  |
| 自我评 价 | （临床善治疗疾病） |
| 所报项 目 | （诊断、病理、治疗简述） |
| 单位意 见 | （盖章）2019年 月 日 |

注：

1. 为保证资料录入电脑的准确性，请用正楷字填写或电脑打印。
2. 本表须加盖公章。
3. 请于2019年8月20日之前寄：推荐表扫描版加手法视频发送到xetnxx@163.com。