附件5

**山东省大学生医养健康创新创业大赛参赛院校登记表**

|  |
| --- |
| **参赛院校基本信息** |
| 单位名称 |  （牵头部门盖章） |
| 负责人姓名 |  | 联系人姓名 |  |
| 电话 |  | 电话 |  |
| 手机 |  | 手机 |  |
| 电子邮件 |  | 电子邮件 |  |
| 单位网站 |  |
| 地址（含邮编） |  |
| 参赛队数 | 高职：\_\_\_\_\_\_ 队 本科：\_\_\_\_\_\_\_队 研究生：\_\_\_\_\_\_\_队 |
| **拟推荐大赛组委会副主任或委员的基本信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 专业 |  | 学历 |  |
| 职务 |  | 职称 |  |
| 电话（含区号） |  | 电子邮件 |  |
| **拟推荐专家评审团评审专家的基本信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 专业 |  | 学历 |  |
| 职务 |  | 职称 |  |
| 电话（含区号） |  | 电子邮件 |  |

备注：填写完后请将此申请书发回组委会邮箱sdsyyjkds@163.com