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