2024年山东省大学生医学技术技能大赛参赛高校联系人信息表

参赛高校名称： （盖章）

推荐担任组委会副主任委员：姓名 职务 联系电话

推荐担任组委会委员：姓名 职务 联系电话

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加赛道 | 高校名称 | 姓名 | 所在部门 | 职务 | 职称 | 手机 | 电话 | E—mail |
| 临床医学专业赛道 | 领队 |  |  |  |  |  |  |  |
| 联络员 |  |  |  |  |  |  |  |
| 预防医学专业赛道 | 领队 |  |  |  |  |  |  |  |
| 联络员 |  |  |  |  |  |  |  |
| 护理学专业赛道 | 领队 |  |  |  |  |  |  |  |
| 联络员 |  |  |  |  |  |  |  |
| 中医学专业赛道 | 领队 |  |  |  |  |  |  |  |
| 联络员 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口腔医学专业赛道 | 领队 |  |  |  |  |  |  |  |
| 联络员 |  |  |  |  |  |  |  |
| 药学专业赛道 | 领队 |  |  |  |  |  |  |  |
| 联络员 |  |  |  |  |  |  |  |

注： 此表请学校加盖公章后，PDF和WORD电子版于3月6日前发送至邮箱sdjnds2024@163.com。