附件2

柳城县妇幼健康职业技能竞赛报名表

填报单位（盖章）： 填报人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 | 姓名 | 性别 | 职务/职称 | 联系电话 | 专业 | 本机构执业年限/年 | 从事技术服务年限/年 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |