附件 3

2023 年广东省医疗护理员职业技能竞赛复赛人员报名汇总表

推荐单位（盖章）：

序号	姓名	工作单位	身份证号码	本单位从事 医疗护理员 工作年限	手机	备注（请标注领 队或选手）
1						☐ 领队 ☐ 选手
2						☐ 领队 ☐ 选手
3						☐ 领队 ☐ 选手
4						☐ 领队 ☐ 选手
5						☐ 领队 ☐ 选手

领队姓名：

性别：

职务（岗位）：

联系电话：

注：1. “推荐单位”为复赛选手所属医院或驻医院社会化外包机构。

2. 此表请于 10 月 15 日前交到邮箱 bjhlfh@163.com。