|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **香港大学深圳医院粤港澳医学体验营报名表**  填表日期： 年 月 日 | | | | |
|
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 年龄 |  | 生源地 |  |
| 手机号 |  | 邮箱 |  |
| 证件类型 | □中国内地身份证 | | 证件号码 |  |
| □中国港澳台 | |
| □海外 | |
| 紧急联系人姓名 |  | 紧急联系人电话 | |  |
| 是否有任何 健康问题 |  | 其他情况说明 | |  |
| 常住地址 |  | | | |
| 所在学校 |  | | | |
| 需附以下资料：   1. 证件正反面复印件 2. 安全保障承诺书 3. 保险证明（生效日期需覆盖所报名的体验营学习时间） | | | | |
|
|