|  |
| --- |
|  **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）
 |
|
|