附件1

广东省角膜塑形职业技能竞赛

# 报名（单位）汇总表

填报单位（盖章）： 推荐地区：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **团体赛选手** | **选手姓名** | **性别** | **身份证号码** | **出生日期** | **工种类型** | **资格证等级** | **是否有民政部门注册的省级及以上学会颁发的角膜塑形培训证书** | **文化程度** | **手机号码** | **E-Mail** | | **微信号** | **通讯地址** |
| √ | 张三 | 男 | 440001xxxxxxxx0125 | 1900-01-01 | 眼镜定配工 | 四级 | 是 | 大专/本科/硕士 | 138xxxx1234 | XXXXX@163.com | |  | **广东省xx市xx区xx街道xx号xx单元X楼** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | 联系人姓名： | | | 电话： | | | 微信： | | | | 填表日期：　 年 月 日 | | |

**注：**1、该表由推荐单位填写。下载表格及了解详情请扫描右侧二维码进入学会公众号并点击竞赛报名；

2、单位汇总表请寄：广东省视光学学会； 办公电话：020-86559787；

地址：广东省广州市越秀区农林下路81号新裕大厦23HI 收件人：梁顺萍，手机：13392689709；

3、报名汇总表（盖章扫描）及可编辑版本请发至竞赛专用邮箱：[gdsgjn@126.com](mailto:gdsgjn@126.com)；

4、报名截止日期：2025年10月28日。