附件2

报 名 回 执

报送单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 所在部门 | 职务 | 手机号 | 目前身体状况 | 备注 |
| 是否身体健康 | 有无发热乏力咳嗽等症状 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |