附件：

线上报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 年 龄 |  | 联系电话 |  |
| 医保类型 |  | | 住 址 |  | | |
| 主要症状  （不适） | |  | | | | |
| 检查资料  （可附图片） | |  | | | | |