附件

**山西省卫生健康系统**

**第二个医师节**书画摄影展参展作品**登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报送单位 |  | 报送日期 |  |
| 作者姓名 |  | 性别 |  |
| 通讯地址 |  | | |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| 作品名称 |  | 类别 |  |
| 作  品  简  介  限300字以内 |  | | |

注：此表每幅作品均须填写；类别栏填写书法、绘画、摄影并注明单幅或组图（照）。