**黑龙江省妇幼保健院形象标识征集活动报名表**

作品编号（由主办方填写）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 ： | 性别： | | 年龄： |
| 联系电话： | | 电子邮箱： | |
| 通讯地址： | | | |
| 应征作品类型:  类型（可多选）：□院训 □院徽 □院名题字 | | | |
| **作品设计说明（本栏不够可附页）：** | | | |

以上均为必填项，空白表格复印有效