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） |  |