连续保障运动队参赛的防护效果情况

姓名： 申报等级： 填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 运动队名称 | |  | 保障起止时间 |  |
| 比赛名称 | |  | 参赛时间 |  |
| 比赛成绩 | |  | 证明人 |  |
| 运动防护计划 |  | | | |
| 实施效果情况 |  | | | |

医务部门负责人签字： 分管领导签字：