附件5

北京市运动防护师专项保障记录汇总表

姓名： 申报等级： 填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 运动员姓名 | 从事项目 | 保障次数 | 医生签字 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合 计 | | | （人次） | | |

医务部门负责人签字： 分管领导签字：