附件：

中山医学院分工会羽毛球比赛报名表

单位名称：　　　 领 队：

联系电话： E-mail:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名  （双人组合） | 参赛项目（打 √） | | 联系电话 | 备 注 |
| 男双 | 混双 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |