**媒介中的插图-全国首届医学插图艺术展览作品登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参 展 作 品 编 号(由组委会填写)** | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **参 展 作品信息** | | | | | | | | |
| 作品名称（中文|英文） | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 参展电子文件作品内容简介 | | | 200字以内 | | | | | |
| |创作年代|材料|作品尺寸(高×宽CM) | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **参 展 作 者 信 息** | | | | | | | | |
| 作者姓名 |  | 作者单位 | |  | | | | |
| 指导老师姓名 |  | 作者单位 | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 详细通信地址  （请确保一年内有效） | | | 青岛大学基础医学院  浩园医学教育综合大楼B座618教科办青岛市（宁德路） | | | | 邮政编码 | 266000 |
| 移动电话 | | |  | | | | | |
| QQ/微信 | | |  | | 电子邮箱 |  | | |
| 其他联系电话 | | |  | | 备注 |  | | |
| 身份证复印件 | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 注意事项：  1.参展投稿即被视为同意《全国首届医学插图展征稿通知通知》内容，参展者请认真阅读相关内容后填写本表；  2.参展请填写完整联系人的电话地址等信息，签名确认； | | | | 签名确认：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  报名日期：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |