附件：

《肿瘤科普院线电影》参与意向登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **民族** |  |
| **职务** |  | **职称** |  | | **政治面貌** | |  |
| **身份证号码** | |  | | | | | |
| **手机号码** |  | | **电子邮箱** | |  | | |
| **微信号码** |  | | **工作单位** | |  | | |
| **通讯地址** |  | | | | | | |
| **协会任职（中国抗癌协会）** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **工作成绩（科普患教方面，可另附页）** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **个人优势（可围绕肿瘤科普电影创作方面展开，可另附页）** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

附表：

|  |  |
| --- | --- |
| **您的参与意向** | ¨剧本创作  ¨素材提供（患者治疗故事、科普患教故事）  ¨其他： |
| **您更愿意参与哪部分内容的创作** | ¨肺癌  ¨乳腺癌  ¨胃癌  ¨肠癌  ¨肝癌 |
| **本人签字：** **年** **月** **日** | |