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** |