附件1

打击医保欺诈骗保宣传画征集活动

报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作品名称 |  | | |
| 设计人 |  | 联系方式  （电话及邮箱） |  |
| 报送主体 | （个人或单位名称： ）  （个人签字或单位盖章） | | |
| 设计说明 | （不超过200字） | | |
| 备注 |  | | |
| 说明 | 若报送者为中小学生的，可自愿注明学校、班级。 | | |