**“青年之声”健康服务联盟**

**活动报名表**

**编号：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **青少年信息** | 姓名： | 性别： | 年龄： | 籍贯： |
| **家长信息** | 姓名： | 电话： | 邮箱/QQ/微信:： | 工作单位： |
| 是否存在口腔疾病（若存在，请详细描述病情）： | | | | |
| 希望得到哪方面的帮助： | | | | |

填表人签字： 填表日期： 年 月 日