**【附录】**

|  |
| --- |
| **口腔医学院首届幻影大赛报名表** |
| 姓名： | 性别： | 科室/年级： |
| 作品题目： | 作品类别： |
| 拍摄时间： | 拍摄地点： |
| 联系方式： | 使用器材型号： |
| 作品简介： |
| 注： |