附件1

**2024年全国盲医考（内蒙古考区）考生报到接站回执**

**盟市： 盟市联系人： 联系电话：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **考生姓名** | **性 别** | **有无陪护（性别）** | **是否****接站** | **接站车次/航班** | **到站时间、站点** | **手机号码** | **备注（出发地）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.请于2024年8月19日17时前将此回执电子版（可编辑）发送至106604205@qq.com电子邮箱；**

**2.请务必将表格填写完整，尤其要标明接站点。（如呼和浩特站、呼和浩特东站、通达南站、白塔机场等）。**

**3.无须接站的考生需填写到达呼和浩特市日期、出发地与手机号码。**