附件：

**丰县人民医院医疗集团徽标设计方案应征表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 职业 |  | 单位名称 |  |
| 身份证号 |  | 手机 |  |
| 电子邮箱 |  | 作品名称 |  |
| 作者声明本人已阅知《关于征集丰县人民医院医疗集团徽标的公告》，自愿接受其中的各项条款，并承诺所提供的设计方案作品属于原创作品，且被采用后其知识产权和使用权均归丰县人民医院医疗集团所有。 作者姓名： 声明日期： 年 月 日 |
| 标识小图和技术说明 |
| 设计理念和创意说明（500字以内） |

**注**：1.作品请另附。 2.请附身份证扫描件。