附件1

各市及省级医疗卫生单位联络人信息表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 单 位 | 联系电话 | 手机 | 钉钉号 |
|  |  |  |  |  |

请于5月17日前将负责人信息表反馈至联系人闫晓彤邮箱。