附件4

百名卫生首席专家下基层计划工作联系人信息表

填报单位： 市卫生健康局（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓名 | 性别 | 单位 | 职 务 | 办公电话 | 手机号 |
| 地级市卫生健康局 |  |  |  |  |  |  |
| 县（市、区）卫生健康局 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：联系人变更须及时报告省卫生健康委人事处。