**“联心助医计划”项目联系人回执**

省（自治区、直辖市）（盖章） 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人姓名 | 工作单位 | 职务/职称 | 办公电话/手机 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |

注：请以省（自治区、直辖市）卫健委为单位填写此表，并传真至010-62133818，同时请发送电子回执表至电子邮箱lxzyjh@126.com。