

附件 3

联络人员信息表

报送单位（盖章）：

| 序号 | 姓名 | 性别 | 单位 | 职务 | 联系电话 | 微信号 | 电子邮箱 |
|----|----|----|----|----|------|-----|------|
| 1 | | | | | | | |

注：请各省级卫生健康委、各委属委管医院确定 1 位征集活动联络人。