附件1

**省级卫生健康行政部门抗肿瘤药物临床应用监测工作**

**责任部门和责任人信息表**

|  |  |
| --- | --- |
| 省份：（盖章） | 填报时间： 年 月 日 |
| 责任部门 | 责任人 | 职务 | 办公电话 | 手机号码 | 传真 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |  |