附件2

**抗肿瘤药物临床应用监测医疗机构责任人**

**和数据上报工作人员信息表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 省份：（盖章） |  | 填报时间： 年 月 日 |
| 序号 | 医疗机构名称 | 责任人姓名 | 部门 | 手机号码 | 数据上报人员姓名 | 部门 | 联系电话 | 电子邮箱 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |