附件2

**县级公立医院综合改革试点现场评估联系人回执**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 单 位 | 职务 | 办公电话 | 手机号码 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |  |