附件3

各区氟骨症患者治疗管理工作联络员和区级

氟骨症专项救治协议定点医院名单回执

表1 区氟骨症患者治疗管理工作联络员

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位 | 科室 | 职务/职称 | 电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |

表2 区氟骨症专项救治协议定点医院

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医院名称 | 定点医院工作联系人 | 科室 | 职务/职称 | 电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |

 填报人： 填报日期：