附件2

**医院协会征文活动联络人登记表**

填报单位： （盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **单位** | **职务** | **办公电话** | **手机** | **微信号** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |