附件

**2017年度全省卫生计生系统安全生产大检查工作联络表**

单位名称：（盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 分管领导 | 处室负责人 | 联 络 员 |
| 姓名 |  |  |  |
| 职务 |  |  |  |
| 电话 |  |  |  |
| 传真 |  |  |  |
| 手机 |  |  |  |
| 地址 |  |

填报人（姓名、单位、联系电话）：

 XXX，XX州卫生计生委办公室，08XX-XXXXXXX

备注：请于2017年8月11日前按照本表格内容自行打印盖章后（请勿手写），传真至0871-67195199，电子版发送到电子邮箱923471511@qq.com。