|  |
| --- |
| 异地就医直接结算责任书落实工作联系表 |
| 报送单位（盖章）： |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 分管领导 | 联系电话 | 部门（科室）及负责人 | 联 系 人 |
| 部门（科室）名 称 | 姓 名 | 联系电话 | 姓 名 | 联系电话 | 手机号码 | 传真号码 | 电子邮箱 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |