附件1

工作联系人表

单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | **单位类别** | **联系人** | **职务** | **移动电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |

注：“单位类别”请填写：XX高校/XX高校直属附属医院/XX高校非直属附属医院/教学医院。