**附表：医院案例提交联络员**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位/部门** | **姓名** | **电话** | **微信号** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |

**备注：请于2023年7月15日前将以上信息发送至协会邮箱：xmsyyxh@126.com**