

附件 2:

心理健康医疗服务工作专兼职人员名单

填报单位: (盖章)

填报时间: 年 月 日

专(兼)职人员	职务、职称	电子邮箱	办公电话	手机号
专(兼)职人员	职务、职称	电子邮箱	办公电话	手机号

填报人:

联系电话: