附件2

北京市婚前孕前保健转诊机构信息表

区名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 对口市级转诊机构名称 | 转诊工作负责人 | 转诊工作联络人 |
| 姓名 | 职务 | 联系方式 | 姓名 | 职务 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 区级转诊机构名称 | 转诊工作负责人 | 转诊工作联络人 |
| 姓名 | 职务 | 联系方式 | 姓名 | 职务 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系方式：