附件4

**加速康复外科骨科试点医院负责部门、**

**责任人和数据录入工作人员信息表**

医院（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 试点医院名称 | 责任人姓名 | 职务 | 手机 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |
| 负责部门 | 数据录入工作人员姓名 | 专业 | 手机 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |