附件2

重点检查联系人回执表

填报单位（盖章）： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓名 | 科（室）名称及职务 | 手机 | 办公电话 | 邮箱 | 备注 |
| 分管领导 |  |  |  |  |  |  |
| 经办人员 |  |  |  |  |  |  |