附件1：

 **年度山东省医疗卫生对口支援工作计划一览表**

单位： （章）填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **派出单位** | **专 业** | **职 称** | **受援单位** | **派驻起止时间** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |