附件1

泉州市基本医保参保单位医保专员回执单

填报单位：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位 | 职务 | 联系手机 | 邮箱 | 单位地址 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |