附件

参演队伍名单

 分中心

|  |
| --- |
| **一、参演队伍基本情况** |
| 分中心总人数 |  | 参演总人数 |  |
| 其中：在编人数 |  | 其中：在编人数 |  |
|  商保人数 |  |  商保人数 |  |
| 联络人 |  | 联系电话 |  |
| **二、参演队伍人员明细** |
| **序号 各分中心总人数： 人，参演人数：****序号** | **姓名** | **性别** | **人员性质** | **联系电话** |
| 1 | 张三 | 男 | 在编 | 135XXXXXXXX |
| 2 | 李四 | 女 | 商保 | 137XXXXXXXX |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

备注：1.人员性质为：在编或商保人员

2.请各分中心于2024年8月1日下午下班前将回执发送至市医保

中心萧秋云OA邮箱。