附件5.

全国麻风防治先进工作者及先进集体工作机构人员名单汇总表

省市区麻协/省级团体会员单位（盖章）：

联系人: 联系电话： 手机： 电子信箱：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **工作单位、部门及职务** | **联系电话** | **手机** | **传真** | **电子邮箱** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |

 注：请逐项填写。