

附件3

医疗卫生机构能力建设、卫生健康人才培养 中央财政补助资金预算财会监督责任人报备表

填报部门（公章）：

序号	部门（单位）	姓名	职务	联系电话

填报人：

填报时间：

注：各单位此项资金财会监督责任人为本单位主要负责人。