附件

报名回执

《梅州市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则（征求意见稿）》听证会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职业 | 电子邮箱 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |