附件2

\*\*市病死猪无害化处理与保险联动机制建设试点工作联系人员名单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **市/县** | **人员** | **姓名** | **单位及职务** | **办公电话** | **手机号码** |
| \*\*市 | 市级负责人 |  |  |  |  |
| 审核人员 |  |  |  |  |
| \*\*县（市、区） | 负责人 |  |  |  |  |
| 信息填报人 |  |  |  |  |
| \*\*县（市、区） | 负责人 |  |  |  |  |
| 信息填报人 |  |  |  |  |
| \*\*县（市、区） | 负责人 |  |  |  |  |
| 信息填报人 |  |  |  |  |
| \*\*县（市、区） | 负责人 |  |  |  |  |
| 信息填报人 |  |  |  |  |
| \*\*县（市、区） | 负责人 |  |  |  |  |
| 信息填报人 |  |  |  |  |