附 件

新乡医学院

2018年高等教育质量监测数据填报人员信息表

部门名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 负责专人姓名 | 职 务 | 办公电话 | 手 机 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |