医保系统参保流程测试问题反馈表

1. 问题描述（请配上截图）

|  |
| --- |
|  |

1. 问题反映人信息

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 |  |
| 学院 |  |
| 学号 |  |
| 联系方式 |  |