大冶市医疗保障局

**行政检查审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案件来源 | □举报投诉 □上级交办 □其他机关移送  □日常监督检查 □其他 | | | | |
| 检查对象 | 个人 | 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 单位 | 名  称 |  | 法定代表人 |  |
| 统一社会信用代码 | |  | |
| 住址/  住所 | |  | 联系  电话 |  |
| 检查时间 |  | | | | |
| 检查  内容 |  | | | | |
| 检查依据 |  | | | | |
| 承办机构意见 | 承办机构负责人签名： 年 月 日 | | | | |
| 主管机关意见 | 机关负责人签名： 年 月 日 | | | | |