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 |