大冶市医疗保障局

询问笔录

时 间： 年 月 日 时 分至 时 分

询问地点：

被询问人： 性别：

身份证号码：

工作单位： 联系电话：

住 址：

询 问 人： 、 记录人：

执法人员表明身份、出示证件及被询问人确认的记录：执法人员（问）：我们是大冶市医疗保障局的行政执法人员 、 ，这是我们的执法证，编号 、 ，请过目确认： 。

今天我们依法进行检查并了解有关情况，你应当配合调查，如实回答询问和提供材料，不得拒绝、阻碍、隐瞒或者提供虚假情况。全部询问将记入书面询问笔录。如作虚假陈述的，将视情节轻重承担相应的法律责任，是否清楚？如果你认为调查人与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你有权对本次调查询问提出陈述、申辩。

请确认： 。

问：

答：

问：

被询问人签名： 年 月 日

询问人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

答：

问：

答：

问：

答：

（以下空白）

被询问人阅读确认意见：

被询问人签名： 年 月 日

询问人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日