大冶市医疗保障局

检查笔录

时间： 年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分

检查地点：

被检查人姓名或名称：

被检查人身份证号或统一社会信用代码：

联系电话：

检查人员表明身份、出示证件及被检查人确认的记录：检查人员（问）：我们是大冶市医疗保障局的检查人员 、 ，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（单位）应当配合检查，如实提供材料，不得拒绝、阻碍、隐瞒或者提供虚假情况。如果你认为检查人员与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你（单位）是否申请检查人员回避：□申请回避；□不申请回避。

你（单位）有权对本次检查提出陈述、申辩。被检查人的陈述、申辩意见：

检查情况：根据 要求，结合

 问题线索，大冶市医疗保障局组织专班对你单位

 行为进行检查。

现场检查情况如下：

被检查人签名： 年 月 日

检查人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

被检查人阅读确认意见：

被检查人签名： 年 月 日

检查人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日