冠县医疗保障局

行政检查审批表

<table>
<tr><td>案件来源</td><td colspan="5">□举报投诉　□上级交办　□其他机关移送
□日常监督检查　□其他_____</td></tr>
<tr><td rowspan="4">检查对象</td><td>个人</td><td>姓名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">单位</td><td>名称</td><td></td><td>法定代表人</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">统一社会信用代码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">住址/住所</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>检查时间</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>检查内容</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>检查依据</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>承办机构意见</td><td colspan="5">承办机构负责人签名：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>主管机关意见</td><td colspan="5">机关负责人签名：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>