附件1

打击非法行医举报登记表

单位名称： 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 举报时间  年月日时分 | 举报人  姓名 | 性别 | 联系电话 | 联系地址 | 举报人  身份证号 | 举报内容（被举报人姓名、违法行为发生地、违法机构名称、主要违法事实） | 受理人签字 | 调查处理结果及办结时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |