附件2

打击非法行医举报奖励审批表

审批单位名称： 审批申请时间： 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **举报人**  **姓名** | **性别** | **举报人**  **身份证号** | **举报**  **时间** | **举报线索**  **基本内容** | **调查处理结果及办结时间** | **奖励金额**  **（元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计：奖励举报数： 件  奖励举报人： 人 | | | | 奖金合计： 元 | | 经办人签字： | |
| 区（县）卫计局  科室负责人审批意见 | | | | 年 月 日 | | | |
| 区（县）卫计局  主管领导审批意见 | | | | 年 月 日 | | | |

注：本表按月填报审批，一式两份，区县卫计局留存一份，报区县财政局一份。