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。