附件4

西安市打击非法行医举报奖励统计表

填报单位名称： 填报日期： 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **月份** | **受理非法行医****举报数（件）** | **经审批符合奖励****条件的举报数（件）** | **应兑现奖****金数额（元）** | **预期未领的有奖举报数（件）** | **未领取****奖金数额（元）** | **实际兑现****奖金数额（元）** | **实际奖励****举报人数（人）** |
| 月份 |  |  |  |  |  |  |  |
| 月份 |  |  |  |  |  |  |  |
| 月份 |  |  |  |  |  |  |  |
| 月份 |  |  |  |  |  |  |  |
| 月份 |  |  |  |  |  |  |  |
| 月份 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 区（县）卫计部门负责人（签章）： 区（县）财政部门审核人（签章）：

注：本表一式四份（市、区县卫计局和财政局各一份），每年6月初和12月初的15个工作日内，各区县卫计局分别汇总填报一次；本表经区财政局审核确认后，分别报送市财政局和市卫计委。