附件

深圳市医疗保障局企业及社会组织接待日

申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 企业及社会组织名称\* |  |
| 单位地址\* |  |
| 法定代表人\* |  |
| 统一社会信用代码\* |  |
| 来访人员 | 姓名\* | 性别\* | 职务（包括社会职务）\* | 身份证号\* | 联系电话\* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请来访时间 |  | 来访人数\* |  |
| 申请拜访部门（单位） |  |
| 咨询或反映 事项概述\* |  |

备注：带\*栏为必填项

深圳市医疗保障局 传真：0755-88102107

 （来访单位加盖公章处）

申请时间： 年 月