附件2

石狮市卫生健康行业台账

填表单位(盖章)： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **单位名称** | **单位地址** | **所属行业** | **单位规模** | **负责人** | **手机号码** | **备注** |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  填表人： | 联系电话:  |

说明：1.本报表于月9月30日报送卫安办。
2.“企业规模”填写规模以上企业、规模以下企业。