

附件 3

公共场所卫生信用修复申请表

信用主体基本情况	申请单位	
	统一社会信用代码	
	联系方式	
申请修复的相关内容		
申请信用修复的理由		
<p>本单位（本人）声明，提交的材料真实有效。</p> <p>法定代表人（自然人）签字： （盖章）</p> <p>申请日期：</p>		
<p>以下内容由区县卫生健康行政部门填写</p>		
<p>经核对，申报单位提交 _____份材料，予以接收。</p> <p>接收者(签字): 接收日期: 年 月 日</p>		

备注:本表一式两份