

附件 4

公共场所卫生信用修复确认通知书

编号：（年份+四位流水号）

申请修复的信用主体	申请单位			
	统一社会信用代码			
	法定代表人		联系方式	
	申请内容			
卫生健康行政部门意见	修复情况			
	修复处理意见	<p style="text-align: center;">XX 卫生健康委员会（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		