

附件 1

公共场所卫生信用异议信息处理申请表

申请单位			
联系人		联系方式	
异议信息描述			
申请理由（可附页）	年 月 日 （盖章）		
信用承诺	本人承诺所填写内容和提交的相关材料真实准确，否则由此产生的相应后果自负。 签字： （盖章）		
以下内容由区县卫生健康行政部门填写			
经核对，申报单位提交 _____ 份材料，予以接收。 接收者(签字): _____ 接收日期: 年 月 日			

备注:本表一式两份