附件8

\*\*\*市五级养老机构申报汇总表

单位盖章： 时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申报机构名称 | 地址 | 联系人 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

局分管负责同志： 养老服务处负责同志： 经办人：