国家医疗保障局企业及社会组织接待日

申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业及社会  组织名称\* |  | | | | |
| 单位地址 |  | | | | |
| 法定代表人\* |  | | | | |
| 统一社会  信用代码\* |  | | | | |
| 来访人员 | 姓名\* | 性别\* | 职务（包括社会职务）\* | 身份证号\* | 联系电话\* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请来访时间 |  | | | | |
| 申请拜访单位 |  | | | | |
| 咨询或反映 事项概述\* |  | | | | |

备注：带\*栏为必填项

国家医疗保障局 电话：010-89061394

传真：010-89061251

（来访单位加盖公章处）