附件4

各设区市自评估咨询服务机构汇总表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **机构名称** | **机构联系人** | **咨询服务负责人** | **咨询服务人员（至少3人）** |
| **姓名** | **电话** | **姓名** | **电话** | **姓名** | **电话** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |

**注：省级工业信息安全服务支撑机构无需填写机构联系人和联系电话。**

填报单位： （盖章）

填报日期： 年 月 日