附表2

公共场所卫生信用异议信息申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。