**附件2**

**打击无证行医举报奖励审批表**

案件承办单位： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 处罚决定书文号： | | | | | | | |
| 举 报 人 |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 举报方式 |  | | 举报时间 | |  | 联系电话 |  |
| 被举报人  （单位） |  | | | | | | |
| 举报内容： | | | | | | | |
| 案件查处落实情况：  经办人： 年 月 日 | | | | | | | |
| 承办单位意见（奖励理由及依据）：  承办单位（签章）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 拟奖励金额 | | 人民币（大写）： 万 仟 佰 拾 元 | | | | | |
| 镇卫生健康部门审核意见：  签章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 镇财政部门审核意见：  签章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 核发金额 | | 人民币（大写）： 万 仟 佰 拾 元 | | | | | |
| 举报人领取签字：  年 月 日 | | | | 奖金发放经办人签字  见证人1：  见证人2：  年 月 日 | | | |

填写说明：1、此表一式三份，正反面打印，由案件承办单位负责填写。

2、案件承办单位、镇镇卫生健康部门、财政局各留存一份。