附件

医院感染监督执法专项行动汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | 级 别 |  类 别 |  性 质 | 违法行为概述 | 处理情况（行政处罚、不良执业行为记分） | 整改情况（整改措施、整改时间） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 填报单位： 填报人： 填报时间： 审核人：