附件1

职业病预防控制措施不达标责任主体名单

 卫生健康局（委）（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **单位名称** | **注册地址** | **统一社会信用代码** | **信息报送单位** | **纳入理由** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

联系人： 联系电话：

填报日期： 年 月 日