

四川省医疗保障局企业和社会组织接待日申请表

企业及社会组织名称*					
单位地址					
法定代表人*					
统一社会信用代码*					
来访人员*	姓名*	性别*	职务(包括社会职务)*	身份证号*	联系电话*
申请来访时间					
申请拜访单位					
咨询或反映事项概述*					

备注：带*栏为必填项

(来访单位加盖公章处)

申请时间： 年 月 日