附件2

问题线索汇总表

被查医疗机构： 检查时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 违法违规事实 | 违反条款 | 法律责任 | 后续处理 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填报单位： 填报人员： 联系电话： 填报时间 年 月 日