附件

江门市医疗保障局违法行政行为投诉举报登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 投诉举报人 | 姓名 |  | 电话号码 |  |
| 身份证号码 |  |
| 地址 |  | 投诉举报时间 |  |
| 被投诉举报人姓名 |  | 职务 |  |
| 投诉举报内容 |  |
| 基金监管和法规科意见 |  |
| 科室（分局）意见 |  |
| 领导批示 |  |