附件

东胜区卫生健康系统消防安全隐患排查整治台账

|  |
| --- |
| 单位（盖章）： 填报人及联系电话： 填报时间： |
| 序号 | 检查单位 | 检查时间 | 存在隐患 | 单位负责人 | 检查人 | 整改情况 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |