

附件 2

非法行医举报奖励申请表

申请人姓名（单位名称）			
身份证号码（企业或组织登记号）			
联系电话			
联系地址			
银行卡号			
开户银行			
委托申请人姓名		身份证号码	
联系电话			
申请人提出奖励申请：			
举报违法活动时间、方式、内容：			
本人承诺：1. 非卫生健康行政部门或卫生监督机构工作人员及其直系亲属或授意人。2. 对被举报行为无直接责任。3. 以上内容若有不实之处，本人愿负相应的法律责任并承担由此造成的一切后果。			
申请人（委托申请人）签名：		年 月 日	
(申请人和委托申请人身份证正反面复印件粘贴处)			