



卫 生 行 政 执 法 文 书

卫生监督意见书

被监督人：_____ 法定代表人/负责人：_____
地 址：_____
联系电话：_____
监督意见：

当事人签收：

年 月 日



备注：本意见书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定