附件1

姚安县创建国家卫生县城群众建议与卫生问题投诉处理单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 投诉人  姓名 |  | 工作单位  或地址 |  | 联系  电话 |  |
| 投诉时间 | 年 月 日 时 分 | | | | |
| 投诉反映内容 |  | | | | |
| 受理人及  受理时间 | 受理人（签名）： 时间： 年 月 日 时 分 | | | | |
| 受理人  处理情况 |  | | | | |
| 承办单位处理情况 | 承办人（签名）： 承办单位（盖章）  主要负责人（签名）： 时间： 年 月 日 | | | | |
| 县爱卫办反馈情况 | 反馈人（签名）： 时间： 年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |