附件9

**第一、二届全国“敬老文明号”考核情况表**

填报单位： 市（州）卫生健康局（加盖公章）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 合格单位 | 序号 | 不合格单位 | 不合格理由 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **总计** |  | **总计** |  |  |

联系人： 联系电话：