

附件2

福建省医疗保障行政部门举报案件登记表

登记单位	(12315投诉举报平台、其他办案机构)	登记时间	
信息来源	(12315投诉举报平台或其他途径)	接收方式	(电话、来函、上级转办、互联网等)
举报人姓名		身份证号	
地 址		电 话	
被举报对象			
联系电话			
地 址			
举报内容	(写明时间，涉案单位，主要责任人，经营地点，违法违规行为，相关证据，及其他需要说明的情况。)		
备 注			