为残服务机构现场抽查核实表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 带队领导 |  | 检查人员 |  |
| 被检查  单位名称 |  | | |
| 被检查  单位地址 |  | | |
| 检查时间 | 年 月 日 时 | | |
| 检查内容 |  | | |
| 现场检查  情况 |  | | |
| 被检查  单位意见 | 负责人签字：  年 月 日 | | |
| 建议或意见 | 带队领导签字：  检查人签字： | | |