附件1

海安市养老机构预收费业务报名表

单位盖章：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 业务负责人 | 职务 | 联系电话 | 业务工作联系人 | 职务 | 联系电话 | 是否有预收费业务推介方案 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 审核人：