附件2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新海镇严重精神障碍患者（以奖代补）管理信息交换表 | | | |
| **填报人：** |  | **填写日期：** |  |
| 1.以奖代补办理情况 | | | |
| 本月新增以奖代补对象      人，截至今天，以奖代补累计 人。 | | | |
| 2.其他事项（如有请写明，没有请写“无”） | | | |
| （请附新增以奖代补对象基本信息） | | | |
|
| 交换人员签字 |  | 接收人员签字 |  |
| 联系电话 |  | 联系电话 |  |
| 交换日期 |  | 接收日期 |  |
| 交换单位 | （盖章） | 接收单位 | （盖章） |
|
| 备注：     1.此表由镇平安办填写，每月15日前与事业办进行信息交换。     2.紧急突发事件应立即进行交换。     3.此表一式三份，交换方、接收方、辖区居委会各执一份存档。 | | | |
|
|
|
|