附件5

江苏健康企业评估意见表（县/市/省级）

评估时间：　 　年　 月 　日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 健康企业建设评估情况 | 1. 评估得分： 2. 评估专家签字： |
| 县级卫生健康主管部门评估意见：□符合□不符合江苏健康企业认定条件。  县级卫生健康主管部门（盖章） 年 月 日 | |
| 市级卫生健康主管部门评估意见：□符合□不符合江苏健康企业认定条件。  市级卫生健康主管部门（盖章） 年 月 日 | |
| 省级卫生健康主管部门评估意见：□符合□不符合江苏健康企业认定条件。  省级卫生健康主管部门（盖章） 年 月 日 | |