附件2

湛江市医疗保障局领导班子成员巡察整改专题民主生活会会前征求意见表

填报单位： 填报日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 局领导班子成员姓名 |  |
| 意见建议 |  |

注：如果填写内容较多，可另附页填写。