附件6

宁夏民政标准化试点复查申请表

试 点 名 称

试 点 单 位

业务指导单位

申 请 日 期

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 试点名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 试点单位 |  | | | | | | 组织机构代码 | | | | |  |
| 法定代表人  （负责人） |  | | 法人注册地址 | | | | 省（市） 县（区） | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | 电子邮箱 | | | |  | | | | |
| 标准化管理  机构名称 |  | | | | | 标准化负责人  姓名 | | | | |  | |
| 启动标准化试点时间 |  | | | | 试点评估时间 | | | | |  | | |
| 确定为“试点合格单位”时间及文件号 |  | | | | | | | | | | | |
| 标准体系建立时间 |  | | | | | 标准体系运行时间 | | |  | | | |
| 近三年是否发生重大服务质量、安全、环境保护事故 | | | | | | | | |  | | | |
| 其它需要说明事项 |  | | | | | | | | | | | |
| 试点评估后标准化及相关工作自我评价 |  | | | | | | | | | | | |
| 申请单位意见：  年 月 日 | | 业务指导部门意见：  年 月 日 | | | | | | | 受理部门意见：  年 月 日 | | | |