附件1

定点医院、集中医学观察场所

医学管理隐患问题清单

单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 医院  场所  名称 | 是否符合防控方案有关要求 | 是否符合安全标准 | 存在的隐患问题 | 单位负责人 | 整改  期限 | 完成  情况 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

主要领导签字： 填表人签字：

附件2

定点医院房屋安全问题清单

单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 定点医院  名称 | 建筑名称 | 建筑面积 | 建筑时间 | 建筑结构 | 自查是否属“四无”房屋 | 存在的安全隐患  问题 | 整改  措施 | 责任人 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位主要领导签字： 填表人签字：

附件3

安全生产大排查大整治自查安全问题清单

单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 位置 | 存在的安全问题 | 管理人 | 整改责任人 | 整改期限 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

单位领导签字： 填表人签字：

附件4

安全生产隐患整改通知书

|  |
| --- |
| **被督导检查单位（盖章）**： |
| 安全生产隐患简要内容：  **被督导检查单位领导**   **督导组长**  （签字）： （签字）：  检查日期：2020年 月 日 |
| **处理意见**：  限期整改。  由 （单位）负责落实整改，限于2020年 月 日前整改完毕，并将整改情况书面报县卫健局安全生产办公室。    **负责人签字：** |