附件3

三明市非医疗转运车辆备案表

(20 年度)

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 法定代表人  (负责人) |  |
| 社会统一信用代码证号 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  | | |
| 非医疗转运车辆基本信息 | (可另附纸) | | |
| 申请单位意见 | 法定代表人(负责人)签名：  单位公章：  年 月 日 | | |
| 卫生健康部门意见 | 单位公章：  年 月 日 | | |
| 交通运输部门意见 | |  | | --- | | 单位公章：  年 月 日 | | | |
| 公安交警部门意见 | |  | | --- | | 单位公章：  年 月 日 | | | |

**备注：**本表一式四份，备案有效期三年。