附件2

案例报送汇总表

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（单位）（盖公章） 联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 案例名称 | 负责人姓名、身份证号 | 成员 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填表人： 填表日期：