附件4

信用修复审核意见

编号：

             ：

我单位于      年     月     日收到你提出的        申请，根据《重庆市医护人员执业信用管理办法》要求，现答复如下：

(针对申请人提出的问题作出答复，同时说明理由。)

 XX卫生健康委员会（盖章）

 年 月 日