

附件 2

“双随机”抽查检查审核表

抽查处室（单位）：

编号:

| | | | | |
|--------------|------|------|------|--|
| 抽 查 对 象 | | | 抽查日期 | |
| 社会信用代码 | | | 法人代表 | |
| 注 册 地 址 | | | 联系电话 | |
| 抽查事项 | | 法定依据 | | |
| 抽查内容 (子项) | | | | |
| 检查人员 | 职务职级 | | 证件编号 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 检查情况 | | | | |
| 检查结果 | | | | |
| 处理意见 | | | | |
| 审核意见 | | | | |