

附件2

列入异常信息管理登记表

单位名称		统一社会 信用代码	
法定代表人 姓名		列入日期	
联系人		联系电话	
列入异常 信息管理 原因	(可另附页)		
监督 管理 机构 意见	<p style="text-align: center;">已按程序告知事业单位,确认列入事业单位法人异常信息管理,期限三年,自____年__月__日起至____年__月__日止。</p> <p style="text-align: right;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		
填表人		审核人	

注:此登记表由监督管理机构保存,同时抄送事业单位监督管理工作联席会议成员单位。

附件3

异常信息管理（移出/保留）登记表

单位名称		统一社会信用代码	
法定代表人姓名		移出/保留日期	
联系人		联系电话	
列入异常信息管理基本情况	该事业单位于____年__月__日被列入异常信息管理，至____年__月__日期满。		
事业单位整改情况			
监督管理机构意见	(盖章) 年 月 日		
填表人		审核人	

注：此登记表由监督管理机构保存，同时抄送事业单位监督管理工作联席会议成员单位。