

附件 6

医疗机构污水处理设施检查情况统计表

填报单位： 填报时间： 年 月 日

序号	县（区）	检查设施名称	废水处理设施运行状况	存在问题	违法行为查处情况	整改进展	备注
1							
2							
3							
4							
5							

填表人： 联系方式：