

## 信用修复确认通知书

申请修复 的失信主 体	名称	(填写法人单位名称或自然人名称)
	统一社会信 用代码	(自然人填写身份证号)
	法定代表人	
	联系方式	
	失信信息 内容	
医疗保障 部门意见	修复条件 认定情况	<p style="text-align: center;">经核实,不良信息主体已履行法定 责任和义务,社会不良影响基本消除。</p> <p style="text-align: center;">至申请日,不良信息已披露年 x 个 月,期间未产生新的记入信用档案的同 类不良信息。</p>
修复处理 意见	<p>经办人: 单位(盖章)</p> <p>年 月 日</p>	