附件3：

# 各县（市、区）卫生健康局基本账户信息表

填报单位（盖章）

| 单位名称 | 基本账户号码 | 开户行名称 |
| --- | --- | --- |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |