附件1

集中隔离医学观察场所和封闭区域应急预案制修情况调查表

填报单位: 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 应急预案（或行动方案）名称 | 制修时间 | 牵头单位 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话：