附件2

**山东省医疗机构不良执业行为记分通知书**

　　　　　　　　编号：[年份]＋序号

　（医疗机构名称）：

经查，你单位存在如下不良执业行为：

（不良执业行为事实的具体描述）

按照《山东省医疗机构不良执业行为记分管理办法》 （条款项） ，对你单位不良执业行为（累）记 分。

你单位如对记分有异议，可在收到本通知书7日内向卫生计生行政部门提出书面申辩。

特此通知。

　　 （盖 章）

　　 年 月 日

备注：本通知一式三份，一份卫生计生监督机构留存，一份送达登记机关留存，一份送达当事单位留存。