附件3

“我最喜爱的妈妈小屋”申请表

填报单位：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基  本  情  况 | 单位名称 |  | |
| 母婴设施详细地址 |  | |
| 创建时间 |  | |
| 面积(M2) |  | |
| 开放时间 |  | |
| 管理人员 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 当年累计使用  次数（人次） |  | |
| 自  评  报  告 | （可另附纸） | | |
| 审  核  意  见 | 市卫生健康委员会（盖章）   年    月    日 | 市总工会（盖章）   年    月    日 | 市妇联（盖章）  年 月 日 |
| 备注 |  | | |

注：（1）创建时间：指母婴设施建成启用的时间，精确到月份即可。

（2）当年累计使用次数：指年初到填表日累计使用人次数。