附件1

顺义区食品药品违法案件举报奖励申请告知书

 编号：顺食药奖告 字〔 〕 号

 ：

你（你单位）于 年 月 日举报的

 经查证属实。请自接到本告知书之日起30日内向我单位提出奖励申请。逾期不申请奖励的，视为放弃。

本单位联系人： 电话：

特此告知。

 执法单位名称（盖章）

 年 月 日

举报人签收：

注：1.本通知书一式二联，第一联归档，第二联举报人留存。

2.编号规则为“顺食药奖告区级部门或镇街简称字〔年份〕顺序 号”。如“顺食药奖告农字

〔2016〕1号”“顺食药奖告仁字〔2016〕1号”。