附件3

养老机构部门联合“双随机、一公开”现场检查表

检查日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被检查养老机构名称： | | 统一社会信用代码： | |
| 法定代表人： | | 联系人： | 联系方式： |
| 养老机构地址： | | 行业主管部门： | |
| 序号 | 检查内容 | 问题描述 | |
| 1 | 登记备案情况 |  | |
| 2 | 土地规划、房屋产权情况 |  | |
| 3 | 医养结合情况 |  | |
| 4 | 人力资源管理情况 |  | |
| 5 | 食品安全管理情况 |  | |
| 6 | 消防安全管理情况 |  | |
| 7 | 入住老人管理情况 |  | |
| 8 | 应急管理情况 |  | |
| 9 | 疫情防控情况 |  | |
| 10 | 非法集资风险防控情况 |  | |
| 被检查养老机构意见 |  | | |
| 检查组签字 | 年 月 日 | 被检查养老机构法定代表人或其授权人签字并加盖企业公章 | 年 月 日 |