

安全生产举报事项登记表

举 报 人	姓名		举报方式	<input type="checkbox"/> 信件 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 网站专窗
	单位		联系电话	
被 举 报 单 位	名称			
	地址			
所 举 报 事 故 隐 患 或 非 法 违 法 行 为 主 要 事 实				
备 注				

接报人（签名）：

接报时间： 年 月 日 时 分