

填报单位名称: (盖章) 宁县金村乡卫生院

填报日期: 2024.5.20

注：①本表是对部门预算绩效管理工作整体情况的考核，考核结果与部门项目预算实施绩效的高低不完全相关；

填报单位主要负责人（签字）： 分管领导（签字）： 填报人（签字）：

财政局归口股室（签章）：
 股室负责人（签字）：
 审核人（签字）：