附件2

奉化区工业企业进口物品核酸检测费用

补助申请汇总表

属地（盖章）： 报送时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 企业名称 | 1月1日-5月31日实际支付检测费用（元） | 1月1日-5月31日核定补助金额（元） | 6月1日-12月31日预计检测费用（元） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计 | |  |  |  |