附件6

森林康养基地服务体系建设试点

申 报 表

基地名称：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

申报单位全称（盖公章）：

申报日期：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 |  | | | | | |
| 主要负责人 |  | 职务 |  | 联系电话 |  | |
| 业务联系人 |  | 职务 |  | 联系电话 |  | |
| 单位通讯地址 |  | | | 电子邮箱 |  | |
| 基地名称 |  | | | 基地地址 |  | |
| 森林康养运营管理机构名称 |  | | 住宿接待能力（床） |  | 餐饮接待能力（人） |  |
| 基地建立以来开展森林康养服务情况 |  | | | | | |
| 基地资源保护及依法经营情况 | （说明林地权属是否清楚、近三年来是否发生过重大破坏森林资源案件、重大旅游安全事故、恶劣社会影响事件） | | | | | |
| 申报单位主要负责人承诺意见 | 以上所填写内容客观、真实，本单位愿意按照主管部门的要求和实施方案开展试点建设，保证完成试点任务。  主要负责人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 县级林业行政主管部门推荐意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 设区市林业行政主管部门推荐意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |