附件：

渭南市学生营养改善计划短板问题排查整改台账

**学校（盖章）： 填表人： 联系电话： 时间：2020 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **短板问题的具体表现** | **整改措施** | **责任人** | **责任单位** | **整改时限** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

- 5 -