**解放区卫生健康委员会政府信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | 姓名 |  | 工作单位 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法人或其他组织 | 名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 营业执照信息 |  | 法人代表 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系人电话 |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系人电子邮箱 |  | 传真 |  |
| 申请人签名或者盖章 |  |
| 申请时间 | 年 月 日 |
| 所需信息情况 | 所需信息内容描述 |  |
| 是否申请减免费用* 申请。请提供相关证明
* 不
 | 所需信息的指定提供方式（可多选）* 纸面
* 电子邮件
* 光盘
 | 获取信息的方式（可多选）* 邮寄
* 快递
* 电子邮件
* 传真
* 自行领取/当场阅读、抄录
 |
| □若受理机关无法按指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 |
| 选填部分 |
| 所需信息的编号 |  |
| 所需信息的用途 |  |