**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 | | |  | | | | | | | |