通海县医疗保障局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 |  |
| 法人或其它组织 | 名 称 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 营业执照 |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 申请人签名或者盖章 |  |
| 申请时间 |  |
| 所需信息情况 | 所需信息的内容描述 |  |
| 所需信息的指定提供载体形式 | □纸面 □电子邮件 □光盘□若本机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 |
| 获取信息的方式 | □邮寄 □快递 □电子邮件 □传真 □自行领取/当场阅读、抄录 |
| 本人（单位）承诺所获取的政府信息,只用于自身的特殊需要,不作任何炒作及随意扩大公开范围。 |