市卫健委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 |  |
| 联系电话 |  | 传　　真 |  |
| 邮政编码 |  | 电子邮箱 |  |
| 通信地址 |  |
| 法人或其它组织 | 名 称 |  | 法人代表 |  |
| 机构代码 |  | 联系人 |  |
| 联系电话 |  | 传 真 |  |
| 电子邮箱 |  | 邮政编码 |  |
| 通信地址 |  |
| 申请人签名（法人或其他组织盖章）： 年 月 日 |
| 所需政府信息情况 | 所需政府信息的名称、文号或其他特征描述 |  |
| 所需政府信息的用途 |  |
| 获取政府信息的方式（单选） | □邮寄　　 　　　　□电子邮件　　　　　□传真 |
| 政府信息的载体形式（单选） | □纸质文本 　 　　□电子邮件 　　　　□光盘 |

注意事项：

1. 公民提出申请时，应当同时提供有效身份证件复印件;法人或者其他组织提出申请时，应当同时提供统一社会信用代码证书复印件；
2. 请尽可能详细的描述所需政府信息的名称、文号或其他特征，便于本机关查询、提供。