双柏县卫生健康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 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 通讯地址 |  | | |
| 电子邮箱 |  | | |
| 法人或者其它组织 | 名 称 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 营业执照 |  | | |
| 通讯地址 |  | 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  需政府  信  息  情  况 | 所需信息的内容描述 | |  | | |
| 所需信息的索引号 | |  | | |
| 所需信息的指定提供载体方式 | | □纸质 □电子邮件 □光盘 □若无法按照指定方式提供所需信息，也可以接受其他方式 | | |
| 获取信息的方式 | | □邮寄 □传真 □电子邮件 □自行领取 □当场查阅、抄录 | | |
| 本人（单位）承诺所获取的政府信息，未经公开单位许可，不得随意扩大公开范围。 | | | | | |

受理号： 受理人：