**五寨县卫生健康局信息公开申请表**

   编号:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
| 电子邮箱 | | |  | | 传    真 |  |
| \*联系地址 | | |  | | | |
| 法人/其他组织 | \*名    称 | | |  | | \*机构代码 |  |
| \*法人代表 | | |  | | \*联 系 人 |  |
| \*联系电话 | | |  | | 传    真 |  |
| \*联系地址 | | |  | | | |
| 电子邮箱 | | |  | | | |
| **所需信息情况**\* | \*内容描述 | | |  | | | | |
| \*用    途 | | |  | | | | |
| \*所需信息的指定提供方式（任选一个）□ 纸质    □ 电子 | | | | | \*获取信息的方式（任选一个）  □ 邮寄  □ 电子邮件  □ 传真  □ 自行领取 | | |
| 申请人（签字盖章）： | | | | |  | | | 申请时间： 年 月 日 |
| **备注** | | |  | | | | | |

注：申请人按其身份选择公民或法人/其他组织一栏填写，\*为必填项。