鹤城区医疗保障局信息公开申请表

编号： 年第 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  信  息 | 公民  （选填） | 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/其他组织  （选填） | 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 | |  | | | | | |
| 联系人电子邮箱 | |  | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | |
| 所需信息的索取号（选填） | | | |  | | | | |
| 所需信息的用途 | | | |  | | | | |
| 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 * 电子邮件 * 自行领取/当场阅读、抄录 | | |
| □若机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 | | | | | | | | |