**随县卫生健康局信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 联系地址※ | |  | | | |
| 电子邮箱 | |  | | 传真 |  |
| 法人及其他组织 | 名称※ | |  | | 统一社会信用代码※ |  |
| 法人代表 | |  | | 联系人姓名※ |  |
| 联系电话※ | |  | | 邮政编码 |  |
| 联系地址※ | |  | | | |
| 电子邮箱 | |  | | 传真 |  |
| 申请时间 | | |  | | | |
| 所  需  信  息  情  况 | 所需信息的内容描述、政府信息名称、文号或者便于查询的特征性描述※ | |  | | | | |
| 所需信息的用途 | |  | | | | |
| 所需信息的指定提供方式（可选）  □纸质  □电子邮件  □光盘 | | | | 获得信息的方式（可选）  □邮寄  □电子邮件  □自行领取 | | |
| 表中标注※必填项，个人申请须提供身份证复印件，法人和其他组织申请须提供社会信用代码。  必填项不完整的按照要求补正后提交政府信息公开申请。 | | | | | | | |