安宁市医疗保障局信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 工作单位 |  | | |
| 通信地址 |  | | |
| 电子邮箱 |  | | |
| 法人或者其他组织 | 名称 |  | | |
| 法人代表 |  | 电子邮箱 |  |
| 组织机构代码 |  | | |
| 营业执照（统一社会信用代码） |  | | |
| 通信地址 |  | | |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 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形式 | | □纸质 □电子邮件 □光盘  □若本机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 | | |
| 获取信息的方式 | | □邮寄 □快递 □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。 | | | | | |