附

上饶市医疗保障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 |   |
| 联系地址 |   | 传　　真 |   |
| 电子信箱 |   |
| 法人或其它组织 | 名称 |   |
| 法人代表 |   | 经办人姓名 |   |
| 联系电话 |   | 经办人身份证号码 |   |
| 联系地址 |   | 邮编 |   |
| 电子邮箱 |   | 传真 |   |
| 申请时间 |  年 月 日 |
|  所需信息情况 | 所需信息的名称 |   |
| 所需信息的内容描述 |     |
| 所需信息的用途 |   |
| 获取信息的方式（可选）□ 邮 寄□ 电子邮件□ 传 真□ 自行领取 |