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 | | | | | | |