舟山市卫生健康委员会

政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  信  息 | 公  民 | 姓 名 | |  | 联系电话 |  |
| 证件名称 | |  | 证件号码 |  |
| 通信地址  （邮编） | |  | | |
| 电子邮箱 | |  | | |
| 法人或其他组织 | 单位名称 | |  | | |
| 统一社会  信用代码 | |  | 法定代表人  （负责人） |  |
| 通信地址  （邮编） | |  | | |
| 联 系 人 | |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 | |  | | |
| 所  需  政  府  信  息  情  况 | 所需的政府信息：  名称： 文号：  或其他特征描述： | | | | | |
| 所需信息的要求提供方式（单选）  □纸质□数据电文□其他 | | | | 获取信息的途径（单选）  □邮寄□电子邮件  □自行领取/当场阅读、抄录/数据拷贝 | |
| 申请人（个人签字/单位盖章） | |  | | 申请时间 | 年 月 日 |

说明：1.申请表应填写完整，对没有联系方式或联系方式有误的信息恕不回复。

2.申请表内容应真实有效，同时申请人对申请材料的真实性负责。