**沙河市卫生健康局政府信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 申请人姓名  （个人） | | |  | | 单位或职业 | |  | |
| 法人或  其他组织 | 机 构  名 称 | |  | | 法人代表 | |  | |
| 联系人或代 理 人  姓 名 | |  | | 单位或职业 | |  | |
| 证件名称 | | |  | | 证件号码 | |  | |
| 联系电话 | | |  | | 传 真 | |  | |
| 电子信箱 | | |  | | 邮政编码 | |  | |
| 联系地址 | | |  | | | | | |
| 申请信息情况 | 所  需  信  息  内  容 | | 文 件  名 称 |  | | | | 文号 |  |
| 内容描述： | | | | | | |
| 所需  信息  用途 | |  | | | | | | |
| 信息的载体形式  （单选） | | | | □纸制 □电子邮件 | | | | |
| 信息的获取方式  （单选） | | | | □邮寄 □电子邮件 □传真 □自行领取 | | | | |
| 申请人或代理人  签 名（盖章） | | | | |  | 申请时间 | 年 月 日 | | |
| 备注：1.申请表内容应真实有效，同时申请人对所填信息的真实性负责；  2.提交申请表时，公民须提交身份证正反两面复印件，法人或其他组织须提交组织机构代码证或工商营业执照复印件。 | | | | | | | | | |