**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。 |