平泉市医疗保障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： |
| 申 请理 由及用途 |  |
| 所需信息的形式 | □纸制 □电子邮件 □告知 |
| 获取信息的方式 | □邮寄 □电子邮件 □传真 □自行领取 □电话告知 |
| 申请人或代理人签 名（盖章） |  | 申请时间 | 年 月 日 |
| 提出申请方式 | □邮寄 □电子邮件 □传真 □当面 |
| 收到时间 |  年 月 日 | 受理编号 |   |

注：1.本文本适用于公民、法人或者其他组织依据《中华人民共和国政府信息公开条例》第十三条、第二十七条、第二十九条、第四十二条的规定向行政机关提出的申请行为；

 2.法人或其他组织申请，请提供本机构与申请理由、用途等相关的证明材料。

3.“收到时间”和“受理编号”栏由受理机关工作人员填写。