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。