邵阳市医疗保障局政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公 民 | 姓    名 |   | 联系电话 |   |
| 身份证号码 |   | 电子邮箱 |   |
| 通信地址 |   |
| 法人或者其他组织 | 单位名称 |   | 法人代表 |   |
| 统一社会 信用代码 |   | 联系人 |   |
| 联系人电话 |   | 电子邮箱 |   |
| 通信地址 |   |
| 所需政府信息情况   | 所需 信息 内容 描述  | 信息名称 |   |
| 信息索引号 |  | 信息文号 |  |
| 或者其他特征描述： |
| 申请答复部门（单位） |  |
| 提供 方式 | □ 书面 □ 电子邮件 □ 其他： □ 若本机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式  |
| 获取 方式 | □ 邮寄 □ 网上获取 □ 传真 □ 自行领取/当场查阅、抄录  |
| 申请人签名 或盖章 |  | 申请时间 |  年  月  日 |

注：申请人按其身份选择公民或法人/其他组织一栏填写