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