晋城市城区医疗保障局办公室信息公开申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人（个人）信息 | 姓名 |  | 工作单位 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 申请人（法人或者其他组织）信息 | 名称 |  |
| 组织机构代码 |  |
| 法定代表人姓名 |  | 联系人 |  |
| 联系方式 | 通信地址 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 提出申请的方式 | □当面 □邮寄 |
| 所需的政府信息 | 名称 |  |
| 文号 |  |
| 或者其他特征性描述： |
| 获取政府信息的方式（单选） | □当面领取 □邮寄 |
| 政府信息的载体形式 | □纸质文本 □数据电文 |
| 申请人签名（盖章） |  | 申请时间 |  年 月 日 |

填表须知：

1.申请人（个人）提出申请时，应当同时提供有效身份证复印件；法人或其他组织提出申请时，应当同时提供法定代表人身份证复印件以及组织机构代码证复印件或营业执照复印件。

2.申请表内容应真实有效，申请人对申请材料的真实性负责。