附件1：巴彦淖尔市临河区卫生健康委员会信息公开申请表

政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息　 | 公 民 | 姓 名 |  | 工作单位 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 法人和其他组织 | 名 称 |  |
| 营业执照信息 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 通信地址 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 申请时间 |  年 月 日 |
| 申请人签名或者盖章 |  |
| 身份证明 |  提供有效证件复印件 |
| 所需信息情况 | 信息公开义务机关 |  |
| 所需信息的名称或内容描述： |
| 所需信息的提供方式：□电子邮件 □ 电话告知 □ 纸面□传真 □ 自行领取 □ 邮寄 |
| 备注 | 获取信息的形式要求（单选）□纸质版□电子版□其他（需注明具体形式） |