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） | | | | | | | | | | | |