附件1

麻章区医疗保障局信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 信 息 | 公民 | 姓 名 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  |
| 通信地址 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 电子邮箱 |  | 邮政编码 |  |
| 所 需 政 府 信 息 情 况 | 所需的政府信息 | 文件名称 |  | 文号 |  |
| 或者其他特征描述: |
| 提供政府信息的指定方式(单选) | □纸质文本 □电子邮件 □其他 |
| 获取政府信息的方式(单选) | □邮寄 □传真 □网上获取　 □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 |

麻章区医疗保障局信息公开申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 法人或者其他组织 | 单位名称 |  |
| 通信地址 |  |
| 营业执照 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人 |  |
| 联系人电话 |  | 手机号码 |  |
| 身份证号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 所 需 政 府 信 息 情 况 | 所需的政府信息 | 文件名称 |  | 文号 |  |
| 或者其他特征描述: |
| 提供政府信息的指定方式(单选) | □纸质文本 □电子邮件 □其他 |
| 获取政府信息的方式(单选) | □邮寄 □传真 □网上获取　 □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 |