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 | |