湘西自治州卫生健康委政府信息公开申请表

  编号:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人信息****\*** | 公民 | \*姓  名 |   | 工作单位 |   |
| \*证件名称 |   | \*证件号码 |   |
| \*联系电话 |   | \*邮政编码 |   |
| 电子邮箱 |   | 传  真 |   |
| \*联系地址 |   |
| 法人/其他组织 | \*名  称 |   | \*机构代码 |   |
| \*法人代表 |   | \*联 系 人 |   |
| \*联系电话 |   | 传  真 |   |
| \*联系地址 |   |
| 电子邮箱 |   |
| **所需信息情况**\* | \*内容描述 |   |
| \*用  途 |   |
| \*所需信息的指定提供方式（任选一个）□ 纸质    □ 电子 | \*获取信息的方式（任选一个）□ 邮寄  □ 电子邮件□ 传真  □ 自行领取 |
| **是否申请减免费用**\* | □ 是。如申请，请说明原因并提供相关证明。□ 否 |
| **备注** |    |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：申请人按其身份选择公民或法人/其他组织一栏填写，\*为必填项。