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。