大冶市卫生健康局政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理部门\* | |  | | | |
| 申  请  人  信  息 | 公民 | 姓  名\* |  | | |
| 身份证号\* |  | | |
| 手机号码\* |  | 邮政编码 |  |
| 传真 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系地址\* |  | | |
| 法人/其它组织 | 名　称\* |  | | |
| 统一社会信用代码\* |  | | |
| 联系人姓名\* |  | | |
| 联系人电话\* |  | 邮政编码 |  |
| 传真 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系地址\* |  | | |
| 申请时间 | |  | | |
| 所  需  信  息  情  况 | 所需信息内容描述\* | |  | | |
| 所需信息用途描述 | |  | | |
| 获取信息的方式（可以任选一项） | | □ 纸质版（□ 邮寄□ 传真）  □ 电子版（□ 电子邮件）  □ 自行领取/当场阅读、抄录 | | |
| 表中标注\*栏为必填项，个人申请须提供身份证复印件，法人和其他组织申请须提供社会信用代码。必填项不完整的按照要求补正后提交政府信息公开申请。 | | | | | |