**硚口区医疗保障局政府信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公 民 | 姓 名✱ |  | 工作单位 |  |
| 证件名称✱ |  | 证件号码✱ |  |
| 法人或者其他组织 | 名 称✱ |  | 统一社会信用代码或工商注册号✱ |  |
| 联系方式 | 联系电话✱ |  | 联系人✱ |  |
| 通信地址✱ |  |
| 电子邮箱 |  | 邮政编码 |  |
| 提出申请的方式 | □当面 □邮寄 □电子邮件 |
| 所需信息的内容描述、政府信息名称、文号或者便于查询的特征性描述✱ |  |
| 所需信息的用途 |  |
| 所需信息的指定提供方式（可选）✱□纸质□电子邮件□光盘 | 获取信息的方式（可选）✱□邮寄□电子邮件□自行领取 |
|  | ✱本人已仔细阅读《硚口区人民政府信息公开指南》，知晓《中华人民共和国政府信息公开条例》相关规定，并对所提出政府信息公开申请表及所提交附件的真实性负责。申请人签名：申请时间： 年 月 日 |
|  | 表中标注✱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。 |