附件

雷州市医疗保障局信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | 姓名 |  | 工作单位 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 通信地址 |  | | |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 法人  或者  其他  组织 | 名称 |  | 组织机构  代码 |  |
| 营业执照 |  | | |
| 法人代表 |  | 联系人 |  |
| 联系人电话 |  | | |
| 联系人邮箱 |  | | |
| 申请人签名或者盖章 | |  | | |
| 申请时间 | |  | | |
| 所需信息情况 | 所需  信息  内容  描述 |  | | | |
| **选填部分** | | | | |
| 所需信息的信息索取号 | |  | | |
| 所需信息的用途 | |  | | |
| 是否申请减免费用 | | 信息的指定提供方式 | 获取信息方式 | |
| □申请。  请提供相关证明  □不  (仅限公民申请) | | □纸面  □电子邮件  □光盘  （可多选） | □邮寄  □快递  □电子邮件  □传真  □自行领取/当场阅读、抄录  （可多选） | |
| □若本机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 | | | | |