**西夏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 |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法人/其它组织 | 名 称 |  | 组织机构代  码 |  |
| 营业执照信息 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓  名 |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系人电话 |  |
| 联 系 人电子邮箱 |  |
| 申请时间 | 年   月  日 | 申请人签 名或盖章 |  |
| 所需信息情况 | 所需信息的描述 | 文字描述： |
| 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□磁盘 | 获取信息的方式（可选）□邮寄□快递□电子邮件□传真□自行领取/当场抄阅、抄录 |
| □若本机关无法按照指定的方式提供所需的信息，也可接受其它方式 |