**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 | | | | | |