**附件**

通江县医疗保障局政府信息公开申请表

申请表编号： 号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  信息 | ○公民 | 姓 名 |  | 证件名称 |  |
| 证件号码 |  | | |
| ○法人、其他组织 | 机构名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 营业执照信息 |  | 联系人 |  |
| 法人代表 |  |  |  |
| 联系方式 | | 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 通信地址 |  | | |
| 电子邮箱 |  | | |
| 提出申请的方式 | | ○当面 ○邮寄 ○传真 ○其他 | | | |
| 受理机关名称 | |  | | | |
| 申请公开的政府信息的名称、文号或者便于行政机关查询的其他特征性描述 | |  | | | |
| 获取政府信息的方式、途径（单选） | | ○当面领取 ○邮寄 ○电子邮件 ○传真 ○当场阅读、抄录 | | | |
| 政府信息的载体形式（单选） | | ○纸质文本 ○光盘 ○磁盘 | | | |
| 申请人的身份证明（请提供申请人真实、准确的身份证明） | |  | | | |
| 申请人签名（盖章） | |  | 申请时间 | 年 月 日 | |
| 经办人 | |  | 受理时间 | 年 月 日 | |
| 使用指南：  1．本表适用于公民、法人或者其他组织依据《中华人民共和国政府信息公开条例》第二十七条、第二十九条、第四十一条的规定向行政机关提出的申请行为。  2．“经办人”‘’“受理时间”‘’“申请表编号”项由行政机关工作人员填写。 | | | | | |