**运城市医疗保障局政府信息公开申****请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人信息** | **公民/法人/其它组织** | **姓名/名称** |  | **工作单位/组织机构代码** |  |
| **营业执照信息** |  |
| **证件名称** |  | **证件号码** |  |
| **法人代表** |  | **联系人姓名** |  |
| **联系人电话** |  | **传 真** |  |
| **联系地址** |  |
| **电子邮箱** |  | **邮政编码** |  |
| **所需信息情况** | **所需信息的内容描述** |  |
| **所需信息 编号** |  |
| **所需信息 用途** |  |
| **信息的提供介质****□ 纸质 □ 电子文档****□ 光盘** | **获取信息的方式****□ 邮寄 □ 快递****□ 电子邮件 □ 传真****□ 自行领取 □当场阅读、抄录、拷贝****□ 如本机关无法按指定方式提供信息，也可接受其他方式。** |
| 申请人签章：申请时间： 年 月 日 |