附件

**天门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＊ |  |
| 联系电话＊ |  | | 邮政编码 |  |
| 联系地址＊ |  | | | |
| 电子邮箱 |  | | 传 真 |  |
| 法人及其他组织 | 名 称＊ |  | | 统一社会信用代码＊ |  |
| 法人代表 |  | | 联系人姓名＊ |  |
| 联系电话＊ |  | | 邮政编码 |  |
| 联系地址＊ |  | | | |
| 电子邮箱 |  | | 传 真 |  |
| 申请时间 | |  | | 申请人签名（或盖章） |  |
| 所需信息情况 | 所需信息的内容描述、政府信息名称、文号或者便于查询的特征性描述＊ | |  | | | |
| 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 | | | 获取信息的方式（可选）  □邮寄  □电子邮件  □传真  □自行领取/当场抄阅、抄录 | | |
| 表中标注＊必填项，个人申请须提供身份证复印件，法人和其他组织申请须提供社会信用代码。必填项不完整的按照要求补正后提交政府信息公开申请。 | | | | | | |