重庆市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 |  |
| 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 | |  | | 组织机构编号 |  |
| 法定代表人 | |  | | 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 | | | |  | | | |
| 所需信息情况 | 所需信息的  内容描述 | |  | | | | |
| 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 | | |
| 本人（单位）承诺：获取政府信息后，不作任何炒作及随意扩大公开范围。  申请人签名： | | | | | | | |