湖北省卫生健康委政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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  /  其他  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 | | |  | | | | 申请人  签 名  或盖章 | |  |
| 所  需  信  息  情  况 | 所  需  信  息  的  描  述 | |  | | | | | | | |
| 所  需  信  息  的  用  途 | |  | | | | | | | |
| 所需信息的指定提供方式（可选）  □纸面  □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 | | | | | | | | | |