**台山市医疗保障局政府信息公开申请表（公民）**

受理号：〔 〕 号（由受理员填写，与回执号一致）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 信 息 | 公  民 | 姓 名 |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | | |
| 联系电话 |  | | 手机号码 | |  | | |
| 电子邮箱 |  | | 邮政编码 |  | | | |
| 所 需 政 府 信 息 情 况 | 所需的政府信息 | | 文件名称 |  | | | | 文号 |  |
| 或者其他特征描述: | | | | | | |
| 提供政府信息的指定方式(单选) | | □纸质文本 □电子邮件 | | | | | | |
| 获取政府信息的方式(单选) | | □邮寄 □传真 □网上获取　 □自行领取 □当场查阅、抄录 | | | | | | |
| 申请人签名或盖章 | |  | | 申请时间 | | 年 月 日 | | |
| **申请人承诺：所获取的政府信息，只用于自身需要，不作任何炒作及随意扩大公开范围。** | | | | | | | | | |