**台山市医疗保障局政府信息公开申请表**

**（法人、其他组织）**

受理号：〔 〕 号（由受理员填写，与回执号一致）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  信  息 | 法人  或者  其他  组织 | 单位名称 |  | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | |
| 营业执照 |  | | | 统一社会  信用代码 |  | |
| 法人代表 |  | | | 联系人 |  | |
| 联系人电话 |  | | | 电子邮箱 |  | |
| 身份证号码 |  | | | 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。** | | | | | | | | |