**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。** |