附件1：

**台山市卫生健康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 | |  | | |
| 通信地址 |  | | | 邮政编码 | |  | | |
| 联系电话 |  | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 法人  或  其他组织 | 名 称 |  | | | 组织机构代码 | |  | | |
| 法定代表人 |  | | | 联系人姓名 | |  | | |
| 联系人电话 |  | | | 传 真 | |  | | |
| 通信地址 |  | | | 邮政编码 | |  | | |
| 电子邮箱 |  | | | 申请时间 | |  | | |
| 所  需  信  息  情  况 | 所需信息的  内容描述 | | 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。** | | | | | | | | | | |