**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。** |