**光明区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 |  | | |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 法人或者其他组织 | 单位名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 通信地址 |  | | |
| 法定代表人  （主要负责人） |  | 联系人 |  |
| 联系人电话 |  | | |
| 联系人邮箱 |  | | |
| 申请人签名或者盖章 | |  | | |
| 申请时间 | |  | | |
| 所需信息情况 | 所需信息内容描述 |  | | | |
| **选   填   部   分** | | | | |
| 所需信息的信息索取号 | |  | | |
| 所需信息的用途 | |  | | |
| 是否申请减免费用 | | 信息的指定提供方式 | 获取信息方式 | |
| □ 申请  申请减免费用需要提供相关证明  □ 不    （仅限公民申请） | | □ 纸面  □ 电子邮件  □ 光盘  □ 磁盘  □ 其他，请注明： | □ 邮寄  □ 传真  □ 电子邮件  □ 自行领取  □ 自行领取/当场阅读、抄录 | |
| 依法合理使用政府信息  承诺协议 | | 所获取的政府信息，只用于自身的特殊需要，不作任何炒作及随意扩大公开范围。  申请人：  年 月 日 | | |