**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 |