**运城市统计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 |  |
| 电子信箱 |  | 传    真 |  |
| 法人或其他组织 | 机构名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 营业执照信息 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 法人电话 |  | 联系人电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 邮政编码 |  | 传      真 |  |
| 联系人电子邮箱 |  |
| 申请人签名或盖章 |  |
| 申请时间 | 年   月   日 |
| 所需信息情况 | 所需信息的内容描述 |  |
| 是否申请减免费用□申请 请提供相关证明□不申请 | 所需信息的指定提供方式（可多选）□纸面□电子邮件□光盘□磁盘 | 获取信息的方式（可多选）□邮寄□快递□电子邮件□传真□自行领取 |
| □若本机关无法提供指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 |
| 选填部分 |
| 所需信息编号 |  | 所需信息的用途 |  |