**运城市医疗保障局政府信息公开申****请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人信息** | **公民/法人/其它组织** | **姓名/名称** | |  | | | **工作单位/组织机构代码** |  | |
| **营业执照信息** | |  | | | | | |
| **证件名称** | |  | | **证件号码** | |  | |
| **法人代表** | |  | | **联系人姓名** | |  | |
| **联系人电话** | |  | | **传 真** | |  | |
| **联系地址** | |  | | | | | |
| **电子邮箱** | |  | | **邮政编码** | | |  |
| **所需信息情况** | **所需信息的内容描述** | |  | | | | | | |
| **所需信息 编号** | |  | | | | | | |
| **所需信息 用途** | |  | | | | | | |
| **信息的提供介质**  **□ 纸质 □ 电子文档**  **□ 光盘** | | | | **获取信息的方式**  **□ 邮寄 □ 快递**  **□ 电子邮件 □ 传真**  **□ 自行领取 □当场阅读、抄录、拷贝**  **□ 如本机关无法按指定方式提供信息，也可接受其他方式。** | | | | |
| 申请人签章：  申请时间： 年 月 日 | | | | | | | | | |