益阳市卫生健康委依申请政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 公民 | 姓    名 |  | 工作单位 |  |
| 有效证件名称 |  | 发证机关及证件号码 |  |
| 联系电话 |  | 传    真 |  |
| 邮政编码 |  | 电子邮箱 |  |
| 通信地址 |  | | |
| 法人/其他组织 | 名    称 |  | 法人代表 |  |
| 营业执照注册号 |  | | |
| 联系人姓名 |  | 联系人电话 |  |
| 联系人电子邮箱 |  | 传    真 |  |
| 通信地址 |  | | |
| 所需信息的内容描述 |  | | | |
| 所需信息的用途 | 申请人签名（盖章）      年   月  日 | | | |
| 是否申请减免费用 | ¨ 是。如申请，请说明原因并提供相关证明  ¨ 否 | | | |
| 信息获取方式 | ¨ 邮寄               ¨ 电子邮件  ¨ 传真               ¨ 自行领取/当场阅读、抄录 | | | |

注：申请人按其身份选择公民或法人/其他组织一栏填写