多伦县医疗保障局信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 电子邮箱 |  |
| 法人∕其他组织 | 名 称 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 联系地址 |  | 邮 编 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 申请人签名或者盖章 |  |
| 申请时间 |  |
| 所需信息情况 | 所需信息的名称、文号或其他特征性描述 |  |
| 获取信息的形式要求（单选） | □纸质版□电子版□其 他（需注明具体形式） |
| 获取信息的方式、途径（单选） | □邮 寄□电子邮件□自行领取（需注明领取时间） |