**薛城区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 |  | | | |
| 联系电话 |  | | 邮政编码 |  |
| 电子邮箱 |  | | | |
| 法人或者其他组织 | 名 称 |  | | | |
| 统一社会  信用代码 |  | | | |
| 法人代表 |  | | 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 |  | | | | |
| 信息的指定提供方式 | | | 获取信息方式 | | |
| □ 纸面  □ 数据电文 | | | □邮寄  □电子邮件  □在线回复  □自行领取/当场阅读、抄录 | | |