**贵州省医疗保障局政府信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | 姓 名 |  | 证件名称 |  |
| 工作单位 |  | 证件号码 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 邮政编码 |  | 传真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法人或其它组织 | 单位名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 联系地址 |  | 联系人电话 |  |
| 邮政编码 |  | 传真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 申请时间 |  |
| 所需信息情况 | 所需信息的内容描述 |  |
| 所需信息的用途 |  |
| 所需信息的指定提供方式（可选）□ 纸面□ 电子邮件□ 光盘□ 磁盘 | 获取信息的方式（可选）□ 邮寄□ 快递□ 电子邮件□ 传真□ 自行领取 |
| 备注 |  |