邵阳市卫生健康委员会

政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 姓　 名 |  | 工作单位 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 联系电话 |  | | |
| 联系地址 |  | | |
| 邮政编码 |  | 传　 真 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 信息内容描述 | |  | | |
| 信息用途 | |  | | |
| 信息的提供介质（可选）  □ 纸质 □ 光盘 | | | 信息的获取方式（可选）  □ 挂号邮寄 □ 邮政快递 □ 自行领取 | |
| 申请人签章：  年　 月　 日 | | | | |
| 经审查，本机关受理你单位的申请，并将以如下形式答复：  □  当场予以答复；  □  于  年  月  日前以你选定的方式作出答复。  申请受理专用章  年　 月　 日 | | | | |