阿坝州医疗保障局政府信息公开申请表

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 申请表编号：　 号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | ○公民 | 姓　  名 |  | 证件名称 |  |
| 证件号码 |  |
| ○法人、其他组织 | 机构名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 营业执照信息 |  | 联系人 |  |
| 法定代表人 |  |
| 联系方式 | 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 通信地址 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 提出申请方式 | ○当面 ○邮寄 ○其他 |
| 受理机关名称 |  |
| 所需政府信息名称及内容描述 |  |
| 政府信息提供形式 | ○纸质文本 ○电子文本 |
| 所需政府信息用途 | 具体用途：类型：○生产 ○生活 ○科研 ○其他 |
| 备注 |  |
| 申请人签名（盖章） |  | 申请时间 | 年　 月　 日 |
| 经办人 |  | 受理时间 | 年　 月　 日 |

注：1、本表适用于公民、法人或者其他组织依据国家、省、州有关规定向阿坝州医疗保障局提出的政府信息公开申请行为。

2、所需政府信息名称及内容描述应详细、准确，一事一申请。

3、“经办人”、“受理时间”、“申请表编号”项由受理机关填写。