**秦皇岛市医疗保障局政府信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | 姓　　名 |  | 联系电话 |  |
| 通信地址 |  |
| 邮政编码 |  | 电子邮箱 |  |
| 法人/其它组织 | 名　　称 |  | 组织机构代码 |  |
| 营业执照信息 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 联系人电话 |  |
| 联系人电子邮箱 |  |
| 申请人签名或者盖章 |  |
| 申请时间 |  |
| 所需信息情况 | 申请目的 |  |
| 标题 |  |
| 所需信息的内容描述 |  |
| 答复科室 |  |
| 选填部分 |
| 所需信息的提供方式 |  |
| 获取信息的方式 |  |

注意： 1. 申请人信息填写务必真实、完整，以便于我们联系。

 2. 申请人如不清楚应由哪个科室进行答复，“答复科室”项可空缺。