开化县政卫生健康局信息公开申请表

（公民样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人 | 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 | |  |
| 申请人签名或盖章 | | |  | | | | |
| 申请时间 | | |  | | | | |
| 所  需  信  息  情  况 | 所需信息的内容描述 |  | | | | | | |
| 所需信息的用途描述 |  | | | | | | |
| 所需信息的要求提供方式  □纸质  □数据电文 | | | | 获取信息的方式（可多选）  □邮寄  □自行领取/当场阅读、抄录 | | | |
| □若本机关无法按照要求方式提供所需信息，也可接受其他方式。 | | | | | | | |

说明：1.申请表应填写完整，对没有联系方式或联系方式有误的信息不予回复。

2.申请表内容应真实有效，同时申请人对申请材料的真实性负责。