开化县卫生健康局信息公开申请表

（法人、其他组织样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申**  **请**  **人** | 法人/其他组织 | 名 称 | |  | | | |
| 法定代表人  或负责人 | |  | | 组织机构代码 |  |
| 营业执照  信息 | |  | | | |
| 联系人姓名 | |  | | 联系人电话 |  |
| 通信地址 | |  | | | |
| 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（可多选）**  □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。