四川省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和省有关规定向四川省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。