附件1：

**新晃侗族自治县医疗保障局信息依申请公开表**

编号：                                年第 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  信  息 | 公  民 | 姓 名 | | |  | 工作单位 | | | |  | |  | |
| 证件名称 | | |  | 证件号码 | | | |  | |  | |
| 通信地址 | | |  | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 联系电话 | | |  | | | | | | |  | |
| 电子邮箱 | | |  | | | | | | |  | |
| 法人/其他组织 | 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 | 所需信息的内容描述 |  | | | | | | | | | | | |
| 选 填 部 分 | | | | | | | | | | | | |
| 所需信息的索取号 | |  | | | | | | | | | | |
| 所需信息的用途 | |  | | | | | | | | | | |
| 是否申请减免费用  □ 申请。请提供相关证明  □ 不 | | | 所需信息的指定提供方式（可多选）  □ 纸面  □ 电子邮件  □ 光盘 | | | | | 获取信息的方式（可多选）  □ 邮寄  □ 电子邮件  □ 传真  □ 自行领取/当场阅读、抄录 | | | | |
| □ 若机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |