赣州市医疗保障局石城分局政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 信 息 | 公 民 | 姓 名 |  | 工作单位 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 联系地址 |  | 传 真 |  |
| 电子信箱 |  |  |  |
| 法人或其 它组织 | 名 称 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 经办人姓名 |  |
| 联系电话 |  | 经办人身份证号码 |  |
| 联系地址 |  | 邮 编 |  |
| 电子信箱 |  | 传 真 |  |
| 申请人签名（盖章） | |  | 申请时间 | 年  月 日 |
| 受理机关名称 | | |  | | |
| 所 需 信 息 情 况 | 所需信息的名称 | |  | | |
| 所需信息的内容描述 | |  | | |
| 选择 获取信息的方式：□ EMS邮寄  □ | | | | |