**新平县卫生健康局政府信息依申请公开**

**审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | 姓　　名 |  | | 工作单位 | | |  | | | |
| 有效证件名称 |  | | 发证机关及证件号码 | | |  | | | |
| 通信地址 |  | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 联系电话及传真 |  | | | | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | | |
| 法人/其它组织 | 名　　称 |  | | | 组织机构代码 | | | |  | |
| 营业执照注册号 |  | | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | | | | 联系人姓名 | |  | | |
| 联系人电话 |  | | | | | | | | |
| 联系人电子邮箱 |  | | | | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | | | | |
| 所需信息情况 | 所需信息的内容描述 |  | | | | | | | | | |
| 所需信息的用途描述 | 申请人签名(盖章) 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 是否申请减免费用  □ 申请。请说明原因并提供相关证明  □ 不 | | | 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 | | | | | | | |
| □ 若本机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 | | | | | | | | | | |

注:申请人按其身份选择公民或法人/其它组织一栏填写.