

新平县医保局政府信息公开申请表

受理机关名称					
申请人信息	公民	姓 名		工作单位	
		身份证号码		电子邮箱	
		联系电话		邮政编码	
		通信地址			
	法人 或者 其他 组织	名称		组织机构代码	
		法定代表人		电子邮箱	
		联系电话		邮政编码	
		通信地址			
		机构类型	☐ 商业企业 ☐ 科研机构 ☐ 社会公益组织 ☐ 法律服务机构 ☐ 其他		
	申请人签名或者盖章				
申请时间					
代理人信息	姓 名		工作单位		
	身份证号码		电子邮箱		
	联系电话		邮政编码		
	通信地址				
所需政府 信息 情况	所需政府信息的内容描述（政府信息的名称、文号或者便于行政机关查询的其他特征性描述）				
	所需政府信息的指定提供载体形式		☐ 纸质 ☐ 电子邮件 ☐ 光盘 ☐ 若无法按照指定方式提供所需信息，也可以接受其他方式		
	获取政府信息的方式		☐ 邮寄 ☐ 传真 ☐ 电子邮件 ☐ 自行领取 ☐ 当场查阅、抄录		
本人（单位）承诺所获取的政府信息，未经公开单位许可，不得随意扩大公开范围。					

受理号：

受理人：