附件2

市卫生健康局依申请公开政府信息申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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/其它组织 | 名　　称 | | |  | | 组织机构代码 | | | |  | |
| 营业执照信息 | | |  | | | | | | | |
| 法定代表人或负责人 | | |  | | 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 | |  | | | | | | | | | |
| 所需信息的用途描述 | |  | | | | | | | | | |
| 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  □磁盘 | | | | | 获取信息的方式（可多选）  □邮寄  □快递  □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 | | | | | | | | | | | |

说明：

1.申请表应填写完整，对没有联系方式或联系方式有误的信息恕不回复。

2.申请表内容应真实有效，同时申请人对申请材料的真实性负责。

3.申请人根据本市有关规定属于低收入者的，如需免除费用，须在本表中提出，并同时提供相关证明。