沈阳市医疗保障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 | | |  | |
| 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 | |  | | | | | | | |
| 所需信息的指定提供方式（可多选）  □纸质  □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。 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |