

重庆市长寿区卫生健康委政府信息公开申请表

(样表)

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			
		电子邮箱		传 真	
	法人及其他组织	名 称		组织机构代码	
		法定代表人		联系人姓名	
		联系电话		邮政编码	
		联系地址			
		电子邮箱		传 真	
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				
	所需信息的指定提供方式 (可选) <input type="checkbox"/> 纸质 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 光盘	获取信息的方式 (可选) <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> 自行领取			
本人(单位)承诺: 获取政府信息后, 不作任何炒作及随意扩大公开范围。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">申请人签名:</div>					