常德市卫生健康委员会信息公开申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人信息 | 勾选其中之一：□公民 □法人、其他组织 |
| 公民 | 姓 名 |  | 工作单位 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 家庭住址 |  |
| 联系方式 |  | 电子邮箱 |  |
| 法人、其他组织 | 名 称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 通信地址 |  |
| 法定代表人 |  | 联系人姓名 |  |
| 联系方式 |  | 电子邮箱 |  |
| 申请人签名或者盖章 |  |
| 申请时间 |  |
| 所需信息情况 | 所需信息内容描述 |  |
| 其它有利于受理机关检索查询的特征描述 |  |
| 载体形式（限选一项）□纸质文本 □电子数据 | 获取方式（可选）□电子邮件□信函邮寄□传真（号码： ）□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 |

备注：公民、法人或其他组织申请时，必须提交有效身份证明（如身份证复印件、统一社会信用代码证复印件等），否则不予受理。