附件1

# 宜春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\* |  |
| 联系电话\* |  | 邮政编码\* |  |
| 联系地址\* |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法人/其他组织 | 名称\* |  | 统一社会\*信用代码 |  |
| 法人或其他\*组织类型 | □商业企业□科研机构□社会公益组织□法律服务机构□其他 |
| 法人代表\* |  | 联系人姓名\* |  |
| 联系人电话\* |  | 邮政编码\* |  |
| 联系地址\* |  |
| 电子邮箱 |  |
| 申请时间 |  |
| 所需信息情况 | 政府信息公开义\*务机关(机构)名称 |  |
| 所需信息内容描\*述（名称、文号或其他特征描述） |  |
| 获取政府信息的\*方式、途径 | □邮寄□传真□电子邮件□当面领取□现场查阅 |
| 政府信息的载体形式 | □纸质□数据电文 |

注：带\*的为必填项。当面申请的，应当出示身份证明（接受出示电子身份证明）；信函、传真申请需附身份证明复印件，网上申请需上传身份证明照片或扫描件。