湖南省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 |  | 电子邮箱 |  |
| 通信地址及邮编 |  |
| 法人/其它组织 | 名 称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 身份证明文件信息（营业执照、组织机构代码等） |  |
| 法定代表人/负责人 |  | 代理人姓名 |  |
| 代理人电话 |  |
| 代理人电子邮箱 |  |
| 申请人签名或者盖章： |
| 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🞎 纸质文本🞎 电子文本 | 获取信息的方式（单选）🞎 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 |

一、为提高政府信息公开申请的办理效率，请您在申请公开政府信息时，每次只申请一条政府信息。

二、身份证明文件复印件

1.申请人为公民的，需提供个人身份证复印件。

2.申请人为法人或其他组织的，需提供机构身份证明文件复印件、授权委托书以及代理人身份证复印件。