## 乐平市卫健委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 |  | 传　　真 |  |
| 电子信箱 |  |
| 法人或其 它组 织 | 名    称 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 经办人姓名 |  |
| 联系电话 |  | 经 办 人身份证号码 |  |
| 联系地址 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 传真 |  |
| 申请时间 |           年    月    日 |
|  所需信息情况 | 所需信息的名称 |  |
| 所需信息的内容描述 |  |
| 获取信息的方式（单选）□ 邮    寄□ 电子邮件□ 传    真□ 自行领取 |