附件

**浙江省卫生健康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 |  | |
| 通信地址 | |  | | | 邮政编码 |  |
| 联系电话 | |  | | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | |
| 法人/  其他组织 | 名 称 | |  | | 组织机构代码 |  | |
| 营业执照信息 | |  | | | | |
| 法定代表人  或负责人 | |  | | 联系人姓名 |  | |
| 联系人电话 | |  | | | | |
| 联系人  电子邮箱 | |  | | | | |
| 申请人签名或者盖章 | | |  | | | | |
| 申请时间 | | |  | | | | |
| 所  需  信  息  情  况 | 所需信息的内容描述 | |  | | | | | |
| 所需信息的用途描述 | |  | | | | | |
| 所需信息的指定提供方式  □纸质  □数据电文 | | | | 获取信息的方式  □邮寄  □电子邮件  □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。 | | | | | | | |

说明：1.申请表应填写完整，对没有联系方式或联系方式有误的信息恕不回复。

2.申请表内容应真实有效，同时申请人对申请材料的真实性负责。