附件1

浙江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 |  |
| 身份证号码 |  | 邮政编码 |  |
| 通信地址 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法人或者其他组织 | 单位名称 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人 |  |
| 联系电话 |  | 联系传真 |  |
| 联系邮箱 |  |
| 所需政府信息情况 | 所需政府信息 | 文件名称 |  | 文号 |  |
| 或者其他特征描述： |
| 提供政府信息的指定方式（单选） | □ 纸质 □ 电子邮件 □ 其他  |
|  | 获取政府信息的方式（单选） | □ 邮寄□ 电子邮件□ 传真□ 自行领取□ 当场阅读、抄录 |
| 申请人签名或者盖章 |  | 申请时间 |  年 月 日 |
| 其他证明材料（选填） |  |
| 受理号：〔 〕第 号（由受理员填写，与回执号一致） 受理员： |