**上海健康医学院信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | |
| 法人/其它组织 | 名　称 | |  | | | 组织机构代码 | |  |
| 法人代表 | |  | | | 联系人姓名 | |  |
| 联系人电话 | |  | | | 传　真 | |  |
| 联系地址 | |  | | | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | |
| 所需信息的指定提供方式（可选）  □ 纸面  □ 电子邮件  □ 光盘  □ 磁盘 | | | | 获取信息的方式（可选）  □ 邮寄  □ 快递  □ 电子邮件  □ 传真  □ 自行领取 | | | | |