湖南省中医药管理局政府信息公开申请表

编号:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | |  | |
| 电子邮箱 | |  | | 传 真 | |  |  |
| 联系地址 | |  | | | | |  |
| 法人/其他组织 | | 名 称 | |  | | | 机构代码 | |  |
| 法人代表 | |  | | | 联 系 人 | |  |
| 联系电话 | |  | | | 传 真 | |  |
| 联系地址 | |  | | | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | |
| 申请时间 | | | |  | | | | | |
| **所所需信息情况** | 内容描述 | | |  | | | | | | |
| 用途 | | |  | | | | | | |
| 所需信息的指定提供方式（可选）  □ 纸质  □ 电子 | | | | | 获取信息的方式（可选）  □ 邮寄  □ 电子邮件  □ 传真  □ 自行领取 | | | | |
| **备注** | |  | | | | | | | | |