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** |   |