承德市中心医院信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 信 息 | 公  民 | 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 工作单位 |  | | |
| 通信地址 |  | | |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 电子邮箱 |  | 邮政编码 |  |
| 法 人 或 其 它 组 织 | 单位名称 |  | 法人代表 |  |
| 联系人姓名 |  | 机构代码 |  |
| 联系人电话 |  | 传真 |  |
| 通信地址 |  | | |
| 电子邮箱 |  | 邮政编码 |  |
| 申请时间 | | 年        月       日 | | |
| 所 需 信 息 情 况 | 信息涉及单位科室 | |  | | |
| 所需信息内容描述 | |  | | |
| 所需信息用途（单选,并提供自身特殊需要关联性证明) | | □自身生活特殊需要 　□自身生产特殊需要 　□自身科研特殊需要 | | |
| 收费项目 | | □检索费　□复制费　□邮寄费 □申请减免费（仅供公民申请，须提供证明) | | |
| 获取信息的方式（单选） | | □普通邮件 □自行领取 □特快专递 □传真  □电子邮件 | | |
| 所需信息提供方式(单选) | | □邮寄 □传真 □网上获取　□自行领取 □当场查阅、抄录 | | |
| 单  位 落  实  情 况 | 院公开办意见：  负责人签名： | | | | |
| 院务公开分管领导意见：  签名： | | | | |
| 受理科室（部门）对所申请内容的受理结果反馈：  负责人签名： 年        月       日 | | | | |