附件

依申请公开信息申请登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 通信地址 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法人/其它组织 | 名 称 |  |
| 组织机构代码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系人姓名 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮件 |  |
| 营业执照信息 |  |
| 申请人签名或者盖章 |  |
| 所需信息情况 | 所需信息内容描述 |  |
| 所需信息用途描述 |  |
| 所需信息的指定提供方式（可多选） | 获取信息的方式（可多选） |
| □纸面□数据电文 |  | □邮寄□电子邮件 | □传真□自行领取/当场阅读、抄录 |
| □若受理机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式。 |
| 受理部门填写 | 你（单位）提交的信息公开申请于 年 月 日收悉并登记。受理人： 联系电话： （加盖公章）年 月 日 |

说明：1.申请表应填写完整，对没有联系方式或联系方式有误的信息恕不回复，同时申请人对申请材料的真实性负责。

2.申请公开的信息内容描述应包括明确的文件名称、文号或者其他特征性描述。信息用途描述应真实、详细，符合实际需要。

3.申请人当面提出申请的，由医院职能部门在受理栏加盖职能部门公章留档，并向申请人提供复印件作为其完成申请的回执凭证。

4.申请人邮寄提出申请的，此申请表可通过中国邮政方式邮寄至被申请单位，并在信封上注明“信息公开申请