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