南京市六合区人民医院信息公开申请表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公 民 | 姓名 |  | 工作单位 |  |
| 身份证号码 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 法人或其他组织 | 单位（组织）名称 |  | 法人代表 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 传真 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系地址 |  |
| 所需信息情况 | 所需信息内容 |  |
| 所需信息用途 |  |
| 所需信息的指定提供载体形式 | □纸质 □电子邮件 □其他方式  |
| 获取信息的方式 | □自行领取 □电子邮件 □其他方式  |