## 惠安县卫生健康局政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | 姓  名 |  | | 工作单位（居所） | |  | | |
| 证件名称 |  | | 证件号码 | |  | | |
| 联系电话 |  | | 邮政编码 | |  | | |
| 联系地址 |  | | 传    真 | |  | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | |
| 法人/其他  组织 | 名    称 |  | | 法定代表人 | |  | | |
| 组织机构  代码 |  | | | | | | |
| 联系人姓名 |  | | 联系人电话 | |  | | |
| 传    真 |  | | 邮政编码 | |  | | |
| 联系地址 |  | | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | |
| 所需信息情况 | 所需信息  内容描述 |  | | | | | | | |
| 所需信息的指定提供方式（可选）  □ 纸面  □ 电子邮件  □ 光盘  □ 磁盘 | | | 获取信息的方式（可选）  □ 邮寄  □ 快递  □ 电子邮件  □ 传真  □ 自行领取 | | | | | |
| 处理情况  （受理机构填写） | |  | | | | | | |
| 依法合理使用政府信息承诺协议 | | 本人承诺所获取的政府信息，只用于自身生产、生活、科研等相关特殊需要，不作任何炒作及随意扩大公开范围。  承诺人签字： | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |

申请人签名或盖章：       申请时间：   年  月  日

## 惠安县卫生健康局

## 政府信息公开申请表填写说明

　　1. 证件指身份证、军官证、学生证、工作证等有效身份证件。个人提出与自身相关的政府信息申请时，请提供有效身份证明原件和复印件，以组织提出的，请提供法人或者其他组织机构代码证原件和复印件，复印件上应有机构法人授权证明。

　　2. 填写项目必须完整、详细、准确、真实。

　　3．所需信息内容的描述请尽可能包括信息的标题、内容概述、文号、发布日期等。

4. 本申请表复制有效。

　　（此页印制在《申请表》背面。）