

# 温州市洞头区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		
		证件名称		证件号码		
		通信地址			邮政编码	
		联系电话				
		电子邮箱				
	法人/其他组织	名 称		组织机构代码		
		营业执照信息				
		法定代表人或负责人		联系人姓名		
		通信地址			邮政编码	
		联系电话				
联系电子邮箱						
所需信息情况	所需信息的内容描述					
	所需信息的用途描述					
	所需信息的指定提供方式（可多选） <input type="checkbox"/> 纸质 <input type="checkbox"/> 电子		获取信息的方式（可多选） <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 当面领取 <input type="checkbox"/> 当场阅读			
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，只用于自身的特殊需要，不作任何炒作及随意扩大公开范围。					
申请人签名或盖章		申请时间				

受理单位：\_\_\_\_\_