**四川大学华西临床医学院/华西医院信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 年 | | 第 号 |
| 申请人信息 | 公民 | 姓名 |  | 工作单位 | |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 | |  |
| 联系地址 |  |  | |  |
| 邮政编码 |  | 电子邮箱 | |  |
| 联系电话 |  | 传真 | |  |
| 法人/  其他组织 | 名称 |  | 组织机构代码 | |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 | |  |
| 联系人电话 |  | 传真 | |  |
| 联系地址 |  |  | |  |
| 电子邮箱 |  |  | |  |
| 申请人签名或者盖章 | |  | | | |
| 申请时间 | | 年 月 日 | | | |
| 所需信息情况 | 所需信息的内容描述 |  | | | | |
| 所需信息  用途 |  | | | | |
| 所需信息的制定提供方式（可多选）  □纸质  □电子文档 | | | | 获取信息的方式（可多选）  □邮寄  □电子邮件  □传真  □自行领取 | |
| 备注 |  | | | | | |