附件

滨州医学院信息公开申请表

受理编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 传真 |  |
| E-mail |  |
| 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 |  |
| E-mail |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 申请人签名或者盖章 |  |
| 申请表填写日期 | 年 月 日 |
| 所需信息情况 | 所需信息内容 描述 |  |
| 所需信息的特殊需要及用途 |  |
| 所需信息的指定提供方式（可选） | □ 纸面□ 电子邮件□ 光盘□ 其他  |
| 所需信息的获取方式（可选） | □ 邮寄□ 快递□ 电子邮件□ 传真□ 自行领取/当场阅读、抄录 |
| 处理情况 |  |