广西医科大学信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | 传真 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | | | |
| 法人/ 其它组织 | 名称 |  | | 组织机构代码 | | |  |
| 法人代表 |  | | 联系人姓名 | | |  |
| 联系人电话 |  | | 传真 | | |  |
| 联系人电子邮箱 |  | | | | | |
| 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 | 所需信息的内容描述 |  | | | | | | |
| 所需信息的用途 | |  | | | | | |
| 申请人相关材料  □ 身份证复印件  □ 法人证书复印件  □ 组织机构代码证书复印件 | | 获取信息的方式（可多选）  □ 邮寄  □ 快递  □ 电子邮件  □ 传真  □ 自行领取/当场阅读、抄录 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |