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 |  |