获取中核医疗产业管理有限公司

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 |   |
| 联系电话 |   | 邮政编码 |   |
| 联系地址 |   | 传　　真 |   |
| 电子信箱 |   |
| 法人或其他组织 | 名 称 |    |
| 法人代表 |   | 联系人姓 名 |   |
| 联系人电 话 |    |
| 联系地址 |   | 邮 编 |   |
| 电子邮箱 |   | 传 真 |   |
| **所需信息情况** | 所需信息的内容描述 |   |
| 所需信息的指定提供载体形式（可多选） | □ 纸质 □ 电子邮件 □ 光盘 □ 磁盘□ 若本机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 |
| **选 填 部 分** |
| 所需信息的名称 |   |
| 所需信息的索引号 |  |
| 所需信息的用途 |  |
| 是否申请减免费用□ 不申请□ 申请。请提供相关证明 | 获取信息的方式（可多选）□ 自行领取□ 邮 寄□ 快 递□ 电子邮件□ 传 真 |