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 | | |