|  |
| --- |
| 华宁县医疗保障局信息公开申请表 |
| 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 | 　 | 传真 | 　 |
| 电子邮箱 | 　 |
| 联系地址 | 　 |
| 法人及其他组织 | 名称 | 　 | 法人代表 | 　 |
| 组织机构代码 | 　 |
| 联系人姓名 | 　 | 联系人电话 | 　 |
| 电子邮箱 | 　 |
| 联系地址 | 　 |
| 申请时间 | 　 |
| 申请内容 | 　 |
| 申请用途 | 　 |
| 备注 | 　 |