|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | |