**临海市第一人民医院信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息  | 公民  | 姓 名  |  | 身份证号  |  |
| 工作单位  |  |
| 通信地址  |  |
| 联系电话  |  | 手机号码  |  |
| 电子邮箱  |  | 邮政编码  |  |
| 法人或其它组织  | 单位名称  |  | 法人代表  |  |
| 联系人姓名  |  | 机构代码  |  |
| 联系人电话  |  | 传真  |  |
| 通信地址  |  |
| 电子邮箱  |  | 邮政编码  |  |
| 申请时间  | 年 月 日  |
| 所需信息情况  | 信息涉及单位科室  |  |
| 所需信息内容描述  |  |
| 所需信息用途（单选, 并提供自身特殊需要关联性证明)  | □自身生活特殊需要 □自身生产特殊需要 □自身科研特殊需要  |
| 收费项目  | □检索费 □复制费 □邮寄费 □申请减免费（仅供公民申请，须提供证明)  |
| 获取信息的方式（单选）  | □普通邮件 □自行领取 □特快专递 □传真 □电子邮件  |
| 所需信息提供方式(单选)  | □邮寄 □传真 □网上获取 □自行领取 □当场查阅、抄录  |
| 单位落实情况  | 院公开办意见： 负责人签名：  |
| 院务公开分管领导意见： 签名：  |
| 受理科室（部门）对所申请内容的受理结果反馈：  负责人签名： 年 月 日  |