湖北省药品监督管理局政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| \*通信地址 |  |
| \*邮政编码 |  | 电子邮箱 |  |
| 法人/其他 组织 | \*名 称 |  | \*统一社会信用代码 |  |
| \*法定代表人 |  | \*联系人姓名 |  |
| \*联系人电话 |  | 传 真 |  |
| \*联系地址 |  |
| \*邮政编码 |  | 电子邮箱 |  |
| 填表时间 |  | 申请人签名 |  |
| 所需信息情况 | \*所需信息的内容描述 |  |
| \*所需信息的用途 |  |
| \*所需信息的指定提供方式（只能选一项）□纸质□电子 | \*获取信息的方式（只能选一项）□邮寄□电子邮件□自行领取/当场阅读、抄录 |
| \*是否申请减免费用 | □是（如申请，请说明原因并提供相关证明） □否 |

受理号：﹝ ﹞ 号（由受理员填写，与回执号一致） 受理员：

注：请按照“一事一申请”的原则规范填写申请内容，\*标记项为必填项。