**四川大学华西临床医学院/华西医院信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 年 | 第 号 |
| 申请人信息 | 公民 | 姓名 |  | 工作单位 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 联系地址 |  |  |  |
| 邮政编码 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系电话 |  | 传真 |  |
| 法人/其他组织 | 名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 联系人电话 |  | 传真 |  |
| 联系地址 |  |  |  |
| 电子邮箱 |  |  |  |
| 申请人签名或者盖章 |  |
| 申请时间 | 年 月 日 |
| 所需信息情况 | 所需信息的内容描述 |  |
| 所需信息用途 |  |
| 所需信息的制定提供方式（可多选）□纸质□电子文档 | 获取信息的方式（可多选）□邮寄□电子邮件□传真□自行领取 |
| 备注 |  |