附件：

西安市卫生健康委员会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 |  |
| 法人和其他组织 | 名 称 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 通信地址 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 传 真 |  | 申请时间 |  |
| **所需信息情况** | 所需信息的内容描述： |
| 所需信息提供方式：电子邮件（　）电话告知（　）自行领取（　）邮寄（　） |
| **所需政府信息用途** | 类型：自身生产的需要（ ） 自身生活的需要（ ）自身科研的需要（ ） 查验自身的信息（ ）具体用途： |

注：1.为提高办理效率，请您在申请政府信息公开时，每次只申请一条政府信息。

 2.为确保及时收到答复，请务必填写正确的联系电话和通信地址。