

烟台市蓬莱区卫生健康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	
	法人或者其他组织	单位名称			
		法定代表人姓名		代理人姓名或名称	
	联系方式	通信地址			
		联 系 人		联系电话	
		邮政编码		电子邮箱	
	所需政府信息情况	所需政府信息	文件名称		
文 号					
或者其他特征描述：					
信息载体形式 (单选)		☐ 纸质文本 ☐ 电子邮件			
信息获取方式 (单选)		☐ 邮寄 ☐ 电子邮件			
申请人签名或盖章			申请时间	年 月 日	