新疆维吾尔自治区药品监督管理局

政府信息公开申请表

 编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 组织机构代 码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系人姓 名 |  |
| 联系电话 |  | 传 真 |  |
| 通信地址 |  | 邮政编码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 所需信息情况 | 所需信息内容概述 |  |
| 所需信息用途 |  |
| 信息提供类型（单选）：纸质□ 电子邮件□ 光盘□ | 信息提供方式（单选）：邮寄□ 传真□ 电子邮件□自行领取□ 当场阅读抄录□ |
| 是否申请减免费用 | □申请。请提供相关证明。□不申请。 |
| 申请人签名 |  | 申请时间 |  |