表2： 鄂尔多斯市医疗保障局信息公开申请表

（法人或者其他组织）

|  |  |
| --- | --- |
| 机构类型 | □商业企业 □科研机构 □社会公益组织 □法律服务机构 □其他  |
| 申请人（法人或者其他组织）名称 |  |
| 法定代表人姓名 |  |
| 法定代表人身份证号码 |  |
| 代理人姓名 |  |
| 代理人身份证号码 |  |
| 联系方式 | □联系人： | □联系电话：  |
| □电子邮箱： | □邮政编码： |
| □通信地址： |
| 提出申请的方式 | □当面 □邮寄 □网页申请 |
| 受理机关名称 |  |
| 所需的政府信息（政府信息的名称、文号或者便于行政机关查询的其他特征性描述） |  |
| 获取方式（单选） | □当面领取 □邮寄  |
| 政府信息的载体形式（单选） | □纸质文本 □其他  |
| 申请人签名（盖章） |  | 申请时间 | 年 月 日 |

使用指南：本文本适用于法人（或其他组织）依据《中华人民共和国政府信息公开条例》（国务院令第711号）第二十七条、第二十九条的规定向行政机关提出的申请行为。