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 | | |  | |