**赣南卫生健康职业学院信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 信 息 | 法人/其他组织 | 名称 |  | | | | |
| 组织机构代码 |  | | | | |
| 法人代表 |  | | | | |
| 联系人姓名 |  | | 联系电话 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 公民 | 姓名 |  | 身份证号码 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 通信地址 |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 所 需 信 息 情 况 | 所需信息的内容描述 | |  | | | | |
| 所需信息的用途 | |  | | | | |
| 获取信息的方式 | | □邮寄 □快递 □电子邮件 □传真  □自行领取/当场阅读、抄录 | | | | |
| □若本校无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 | | | | |
| 承诺 | 申请人提供信息真实有效。  　　　　　　　　　 　申请人签名或盖章：  申请时间： 年 月 日 | | | | | | |