**上海交通大学医学院信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 信 息 | 公民 | \*姓 名 | |  | \*工作单位 |  |
| \*证件名称 | |  | \*证件号码 |  |
| \*联系电话 | |  | \*证件扫描件  或照片 |  |
| \*电子邮箱 | |  | 传 真 |  |
| \*联系地址及  邮政编码 | |  | | |
| 法人/  其他组织 | \*名 称 | |  | \*统一社会  信用代码 |  |
| \*法人代表 | |  | \*法人证明  扫描件或照片 |  |
| \*联系人姓名 | |  | \*联系人电话 |  |
| \*电子邮箱 | |  | 传 真 |  |
| \*联系地址及  邮政编码 | |  | | |
| 所 需 信 息 情 况 | \*名称、文号或其他特征描述 | | |  | | |
| \*所需信息的用途 | | | 类型： □自身生产的需要□自身生活的需要□自身科研的需要□查验自身信息 | | |
| \*所需信息的载体形式（可选）  □ 纸质文本  □ 数据电文 | | | | \*获取信息的方式（可选）  □ 邮寄  □ 电子邮件  □ 传真  □ 当面领取 | |
| 申请减免费用 | | | 主要理由：  □ 属于农村五保供养对象  □ 属于城乡居民最低生活保障对象  □ 属于领取国家抚恤补助的优抚对象  □ 确有其他经济困难的 | | | |
| 特别声明：本人承诺本表格所填写的各项内容均准确无误，愿意承担可能出现的有关法律责任。  申请人签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |