中国药科大学依申请公开表

申请号:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 联系地址及邮政编码 |  | | |
| 法人/ 其他组织 | 名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 联系人电话 |  | 传真 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 联系地址及邮政编码 |  | | |
| 所需信息情况 | 信息索取号或文号 | |  | | |
| 所需信息的内容描述 | |  | | |
| 所需信息的用途 | |  | | |
| 所需信息的指定提供方式（单选） | | | 获取信息的方式（单选） | |
| □纸质文件 | | | □邮寄 | |
| □电子邮件 | | | □快递 | |
| □光盘 | | | □电子邮件 | |
| □磁盘 | | | □传真 | |
|  | | | □自行领取 | |
| 申请减免费用 | | | 主要理由（单选）： | | |
| □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）：  日期： | | | | | |