**浙江大学医学院附属儿童医院信息公开申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人（个人）姓名 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 申请人（法人或者其他组织）名称 |  | 法定代表人姓名 |  |
| 联系方式 | 通信地址： | 邮政编码： |
| 联系电话： | 联系人： |
| 电子邮箱： |
| 提出申请的方式 | □当面      □邮寄     □电子邮件     □传真 |
| 受理机构名称 |  |
| 所需的信息 | 名称： |
| 或者其他特征描述： |
| 获取信息的方式（单选） | □当面领取  □邮寄  |
| 所需信息的用途 | 具体用途                                       类型： □生产□生活□科研□查验自身相关信息□其他 |
| 费用免除理由 | □农村五保供养对象   □城乡居民最低生活保障对象□领取国家抚恤补助的优抚对象 □有其他经济困难的 |
| 申请人签名（盖章） |  | 申请时间 | 年   月   日 |
| 经办人 |  | 回执编号 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

使用指南：

1．本文本适用于公民、法人或者其他组织依据《医疗卫生服务单位信息公开管理办法（试行）》的规定向本院提出的申请行为。

2．公民个人申请免除收费的，请提供相应证明。

3．“经办人”和“回执编号”项由受理机构工作人员填写。