

皖南医学院第二附属医院院务公开申请表

申 请 人 信 息	公 民	姓 名		工作单位	
		证件类型		证件号码	
		联系电话		邮政编码	
		联系地址		传 真	
		电子邮箱			
	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	
		联系地址			
		电子邮箱			
	申请人签名或盖章				
	申请时间		年 月 日		
所 需 信 息 情 况	所需信息的 内容描述				
	所需信息的 用途				
	获取信息方式 (可多选)	☐ 邮寄 ☐ 快递 ☐ 传真 ☐ 电子邮件 ☐ 自行领取			
处理 意见	(由皖南医学院第二附属医院办公室填写)				
备 注					