重庆市药品监督管理局政府信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公 民 | 姓 名\* |  | 证件名称\* |  |
| 证件号码\* |  |
| 联系电话\* |  | 邮政编码\* |  |
| 联系地址\* |  |
| 电子邮箱 |  | 传 真 |  |
| 法人及其他组织 | 名 称\* |  | 统一社会信用代码\* |  |
| 法人或其他组织类型\* | □商业企业 □科研机构 □社会公益组织□法律服务机构 □其他 |
| 法人代表\* |  | 联系人姓名\* |  |
| 联系人电话\* |  | 邮政编码\* |  |
| 联系地址\* |  |
| 电子邮箱 |  | 传 真 |  |
| 受理机关名称\* |  |
| 所需信息情况 | 所需政府信息的名称、文号或者其他特征性描述\* |  |
| 政府信息的载体形式（单选）□纸质文本□数据电文 | 获取政府信息的方式（单选）□邮政寄送□电子邮件□传真□自行领取 |
| 本人（单位）承诺：1.获取政府信息后，不作任何炒作及随意扩大公开范围；2.所留联系地址（电子邮箱）为能够邮寄（电子邮件）送达的准确地址，如因联系地址（电子邮箱）不实等问题导致送达不能的，由本人（单位）承担相应法律后果。  申请人签名（盖章）：  年 月 日 |

注：带\*的为必填项