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：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。