鹤山市社会保险基金管理局信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | 姓 名 |  | 工作单位 |  |
| 身份证号码 |  | 邮政编码 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法人或者其他组织 | 单位名称 |  | 组织代码 |  |
| 营业执照 |  |
| 法人代表 |  | 联系人 |  |
| 联系人电话 |  | 联系人电子邮箱 |  |
| 所需政府信息情况 | 所需的政府信息 | 文件名称 |  | 文号 |  |
| 或者其他特征描述： |
| 所需政府信息用（单选，提交自身特殊需要关联性证明） | □自身生活需要 □自身生产需要 □自身科研需要 □查验自身信息 |
| 提供政府信息的指定方式（单选） | □纸质 □电子邮件 □其他 |
| 获取政府信息方式（单选） | □邮寄 □传真 □电子邮件 □自行领取 □当场查阅 □抄录 |
| 申请人签名盖章 |  | 申请时间 |  年 月 日 |

受理号：〔 〕 号（由受理员填写，与回执号一致） 受理员：