政府信息公开申请表（法人申请样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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\* | | 重庆\*\*\*公司 | | 统一社会信用代码\* | 915\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* |
| 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\* | | 张三 | | 联系人姓名\* | 李四 |
| 联系人电话\* | | 13\*\*\*\*\*\*\*\*\* | | 邮政编码\* | 401336 |
| 联系地址\* | | 重庆市\*\*区\*\*路\*\*号 | | | |
| 电子邮箱 | | （选填） | | 传 真 | （选填） |
| 受理机关名称\* | | | | 重庆市南岸区人力资源和社会保障局 | | | |
| 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\* | | 例：重庆市南岸区人民政府办公室关于印发《南岸区健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》的通知（南岸府办发〔2023〕48号）  （注意：1.尽可能准确填写所需文件的名称、文号，以便查找；2.毋须填写获取理由、依据等其他信息） | | | | |
| 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）：  2024年\*\*月\*\*日 | | | | | | | |

注：带\*的为必填项。