

# 上海交通大学医学院信息公开申请表

申请人信息	公民	*姓 名		*工作单位	
		*证件名称		*证件号码	
		*联系电话		*证件扫描件 或照片	
		*电子邮箱		传 真	
		*联系地址及 邮政编码			
	法人/ 其他组织	*名 称		*统一社会 信用代码	
		*法人代表		*法人证明 扫描件或照片	
		*联系人姓名		*联系人电话	
		*电子邮箱		传 真	
		*联系地址及 邮政编码			
所需 信息 情况	*名称、文号或其他特征描述				
	*所需信息的用途		类型： <input type="checkbox"/> 自身生产的需要 <input type="checkbox"/> 自身生活的需要 <input type="checkbox"/> 自身科研的需要 <input type="checkbox"/> 查验自身信息		
	*所需信息的载体形式（可选） <input type="checkbox"/> 纸质文本 <input type="checkbox"/> 数据电文		*获取信息的方式（可选） <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> 当面领取		
申请减免费用		主要理由： <input type="checkbox"/> 属于农村五保供养对象 <input type="checkbox"/> 属于城乡居民最低生活保障对象 <input type="checkbox"/> 属于领取国家抚恤补助的优抚对象 <input type="checkbox"/> 确有其他经济困难的			
特别声明：本人承诺本表格所填写的各项内容均准确无误，愿意承担可能出现的有关法律责任。					
申请人签名（盖章）：					
年    月    日					