|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 海棠区退役军人事务局政府信息公开申请表 | | | | | |
| 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 |  | 邮政编码 |  |
| 联系地址 |  | | |
| 电子邮箱 |  | 传真 |  |
| 法人或  其他组织 | 名称 |  | | |
| 法人代表 |  | 联系人姓名 |  |
| 联系地址 |  | | |
| 联系电话 |  | 邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 传真 |  |
| 所需 信息 情况 | 所需信息的内容描述 |  | | | |
| 所需信息指定 提供的载体（可多选） | □纸质 □电子邮件 | | | |
|
| 选填部分 |  | | | |
| 所需信息的名称 |  | | | |
| 所需信息的用途 |  | | | |
| 是否申请减免费用 □不申请□申请 请提供相关证明材料 | 获取信息的方式（可多选） □自行领取 □邮寄 □电子邮件 □传真 | | | |
| **说明：本申请表复制有效** | | | | |  |