附件：

克州医疗保障局信息公开申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  信  息 | 公民 | 申请人姓名 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 | |  | |
| 通信地址及邮编 |  | | | | | |
| 法人  或  其他组织 | 申请单位名称 |  | | 联系人 | |  | |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 | |  | |
| 通信地址及邮编 |  | | | | | |
| 类 型 | 商业企业  🞎 | 科研机构  🞎 | 社会公益组织🞎 | | 法律服务机构🞎 | 其他  🞎 |
| 所需信息内容描述  （名称、文号或便于行政机关查询的其他特征性描述；仅限填写一项具体政府信息） | | |  | | | | | |
| 申请人签名或盖章 | | |  | | | 填表时间： 年 月 日 | | |

**填表注意事项（为避免申请无效，敬请认真阅读）：**

1. 申请人需提供身份证明材料，委托代理人需同时提供申请人和代理人身份证明材料及授权委托材料。
2. 信函申请，请邮寄至克州阿图什市帕米尔路东19院克州医疗保障局三楼办公室，并在信封上注明“**政府信息公开**”。邮寄后请致电0908-4232029进行确认。
3. 电子邮件申请，请将本人签名或盖章的申请表及身份证明以命名附件形式上传发送至电子邮箱dtt\_54e0d1yh9@dingtalk.com。邮件标题**注明申请人姓名及申请内容**，发送邮箱后请致电0908-4232029进行确认。