**附件**

中国科学院杭州医学研究所

信息公开申请表  
（法人/其他组织申请表）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 法人/ 其他组织 | 名　　称 |  | | |
| 组织机构代码 |  | 法人代表 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系人电话 |  |
| 传　 　真 |  | 联系人手机 |  |
| 邮政编码 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系地址 |  | | |
| 相关证明扫描件 | | 上传文件 | | |
| 申请时间 | | 年 月 日 | | |
| 所需信息的 内容描述 |  | | | |
| 所需信息内容用途类型 | □生产 □生活 □科研 □查验自身相关信息 □其它 | | | |
| 所需信息的用途内容 |  | | | |
| 所需信息的指定提供方式（可多选）  □ 纸质  □ 电子邮件  □ 光盘 | | | 获取信息的方式（可多选）  □ 邮寄  □ 电子邮件  □ 传真  □ 自行领取 | |
| 备注 | |  | | | |

注：除“备注”栏外，每栏均为必填项，请认真填写；