**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；