大理州广播电视局信息公开申请表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | 姓名\* |  | 联系电话\* |  |
| 证件名称\* |  | 证件号码\* |  |
| 传真 |  | 邮编\* |  |
| 联系地址\* |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法人/其他组织 | 单位名称\* |  |
| 组织机构代码\* |  | 联系人\* |  |
| 联系电话\* |  | 传真 |  |
| 联系地址\* |  |
| 邮编\* |  |
| 申请公开内容 | 信息名称\*： |
| 文号： |
| 内容描述\*： |
| 信息用途\* |  |
| 信息介质\* | 纸质 |  | 获取方式\* | 邮寄 |  |
| 电子文件 |  | 电子邮件 |  |
| 磁盘 |  | 快递 |  |
| 光盘 |  | 传真 |  |
| 其他 |  | 自行领取 |  |
| 申请人签名（盖章）： |

填写说明：1、请如实填写，\*为必填项；

2、请在信息介质及获取方式一栏相应格子中打“√”。