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“√”。