**张家口市人力资源和社会保障局信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人信息** | 公  民 | 姓    名 |   | 工作单位 |   |
| 证件名称 |   | 证件号码 |   |
| 通信地址 |   | 邮政编码 |   |
| 联系电话 |   | 传　　真 |   |
| 电子信箱 |   |
| 法人或其它组织 | 机构名称 |   | 组织机构代码 |   |
| 营业执照信息 |   |
| 法人代表 |   | 联系人姓名 |   |
| 联系人电话 |   | 联系人电话 |   |
| 联系地址 |   | 邮 编 |   |
| 联系人电子邮箱 |   | 传 真 |   |
| 申请人签名或盖章 |   |
| 申请时间 |           年    月    日 |
| **所需信息情况** | 所需信息的内容描述 |   |
| 是否申请减免费用□ 申请 请提供相关证明□ 不申请 | 所需信息的指定提供方式（可多选）□ 纸    面□ 电子邮件□ 光    盘□ 磁    盘 | 获取信息的方式（可多选）□ 邮    寄□ 快    递□ 电子邮件□ 传    真□ 自行领取 |
| □若本机关无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 |
| **选 填 部 分** |
| 所需信息编号 |   | 所需信息用途 |   |