

大连海事大学信息公开申请表

年第 号

申请人信息	公民	姓名		工作单位	
		证件名称		证件号码	
		联系电话		传真	
		电子邮箱		邮政编码	
		联系地址			
	法人或其他组织	名称			
		组织机构代码			
		法定代表人		联系人姓名	
		联系人电话		传真	
		电子邮箱			
	联系地址				
	申请时间	年 月 日			
所需信息情况	信息索引				
	信息内容描述				
	信息用途				
	申请减免费用 <input type="checkbox"/> 申请 请提供相关证明 <input type="checkbox"/> 不申请	信息提供方式： <input type="checkbox"/> 纸质 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 光盘 <input type="checkbox"/> 磁盘	信息获取方式： <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> 自行领取/当场阅读、抄录		
备注					