**上海出版印刷高等专科学校信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申 请 人 信 息** | **公民** | 姓 名 |  | 工作单位 |  |
| 证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 地址及邮编 |  |
| 联系电话 |  | 传 真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| **法人/****其他组织** | 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 |   | 传 真 |  |
| 地址及邮编 |  |
| 联系人E-mail |  |
| **所 需 信 息 情 况** | 信息内容描述 |  |
| 信息用途 |  |
| 是否申请减免费用* 申请。请提供相关证明（属于享受城乡居民最低生活保障对象、其他经济困难等。）
* 不申请。
 | 信息提供方式（单选）□纸面□电子邮件□光盘 | 信息获取方式（单选）□邮寄□快递□电子邮件□传真□自行领取/当场阅读、抄录 |
| □若本校无法按照指定方式提供所需信息，也可接受其他方式。 |
| **承 诺** | 本人承诺所填信息真实有效。 申请人签名或盖章： |
| **申请时间** |  年 月 日 |