

# 石城县财政直达资金信息公开申请表

申 请 人 信 息	公 民	姓 名		工作单位	
		证件名称		证件号码	
		联系电话		邮政编码	
		联系地址		传真	
		电子邮箱			
	法 人 / 其 它 组 织	名 称		组织机构代码	
		法人代表		联系人姓名	
		联系人电话		传真	
		联系地址			
		电子邮箱			
	申 请 时 间				
所 需 信 息 情 况	所需信息的 内容描述				
	所需信息的 用途				
	所需信息的指定提供方式（可选） <input type="checkbox"/> 纸面 <input type="checkbox"/> 电子邮件		获取信息的方式（可选） <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 快递 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> 自行领取		