

行政复议申请书

申请人：(姓名)_____性别_____出生年月_____

身份证(其它有效证件)号码 _____

住所(联系地址)_____联系电话 _____

委托代理人：_____

被申请人：_____

法定代表人：_____职务：_____

行政复议请求：_____

事实和理由：_____

此致

(行政复议机关名称)

申请人(签字并捺印)：_____

(申请行政复议的日期)____年__月__日

行政复议电话：0312-8269008