

附件 2

云南省政务服务“省内通办”一次性告知书

(一式 3 份, 申请人、收件地、办理属地各 1 份)

业务编号:

申请时间: 年 月 日 时

收件单位			
属地办理单位			
申请人/单位名称			
联系人		联系电话	
申请办事内容			
对应事项名称			
法定办结时限	×个工作日	承诺办结时限	×个工作日
<p>收到您申请材料×件, 经审查, 具体情况如下:</p> <ol style="list-style-type: none">××××××: 原件 1 份, 符合要求。××××××××: 复印件 1 份, 不符合要求。补正意见: ××××××××××××××××××××××。 <p>.....</p> <p>请将上述需补正的材料补齐补正, 在×日内(即××年×月×日前)送至本窗口, 逾期未补正的, 视为放弃本次申请。</p>			
经办人:	申请人签名:		
(收件单位行政审批服务专用章)			
年 月 日 时	年 月 日 时		
联系电话:			