复议申请书

申请人：名称：＿＿＿＿　　地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　电话：＿＿＿

法定代表人：姓名：＿＿＿＿＿＿　　职务：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委托代理人：姓名：＿＿＿＿＿＿　　性别：＿＿＿＿＿＿　　年龄：＿＿＿

民族：＿＿＿　　职务：＿＿＿　　工作单位：＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　电话：＿＿＿

被申请人：名称：＿＿＿＿　　地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　电话：＿＿＿

法定代表人：姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　职务：＿＿＿

案由：因对＿＿＿＿＿＿＿（单位）＿＿＿＿年＿＿月＿＿日＿＿号处理决定不服，申请复议。

申请复议的要求和理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

此致

申请人：

日期：

附：本申请书副本＿＿＿份。

原处理决定书＿＿＿份。

其它证明文件＿＿＿件。

注：申请复议的理由主要陈述原处理决定中事实不符，适用法律、法规不正确，处罚处理不当，程序违法等问题。