

# 情報提供依頼書

年 月 日

(あて先)

大津市保健所長

依頼者 住所(法人その他団体にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人その他の団体にあつては、名称及び代表者の氏名)

電話番号( — — )

法人その他の団体の場合の担当者の氏名( )

次のとおり情報提供を依頼します。

1 提供を依頼する情報の 名称又は内容	
2 情報提供の方法の区分 (希望する方法を○で囲 んでください。)	<input type="checkbox"/> 許可書記載事項 <input type="checkbox"/> 連絡先 (必要な事項に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる。)  (1) 複写物(紙媒体)の提供 送付の希望 (有・無)  (2) 電子データによる提供 提供方法 (電子メール・CD-R)  (3) 閲覧
※ 備考欄	

※ 電子メールでの提供を希望する場合にあつては、備考欄に送付先のE-mailアドレス及び半角英数字8から16文字の閲覧用パスワードを記載してください。