**情報提供依頼書**

年　　　月　　　日

（ 宛 先 ）

大津市保健所長

依頼者　住所（法人その他団体にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人その他の団体にあっては、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。） | （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　）  （３） 閲覧 |
| ※　備考欄 |  |

※ 電子メールでの提供を希望する場合にあっては、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。