

# 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<br>名称又は内容                  |  |
| 2 情報提供の方法の区分<br>(希望する方法を○で囲<br>んでください。) | (1) 複写物(紙媒体)の提供<br>送付の希望 (有・無)<br>(2) 電子データによる提供<br>提供方法 (電子メール)<br>(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。