情報（任意）提供依頼書

鳥取県福祉保健部健康医療局医療政策課長　様

下記情報を提供してください。

　　　　　年　　月　　日

依頼者 郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　住所（法人その他の団体にあっては、事務所又は事業所の所在地）

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

|  |  |
| --- | --- |
| 提供を受けたい  情報の内容 |  |
| 上記情報の  使用目的 |  |
| 提供の方法 | （ア）閲覧・視聴  （イ）写しの交付（送付）  （ウ）写しの交付（来所） |
| 希望する写しの交付の方法 | （ア）用紙に複写したものの交付  （イ）ＣＤ-Ｒに複写したものの交付  （ウ）その他の物品（　　　　　　）に複写したものの  交付  （エ）電子メールによる送信  （電子メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当課使用欄  ※記入しないで　ください。 | ・有償、無償の判断  有償　　 無償 一部有償 |

情報（任意）提供依頼書

（記入例）

鳥取県福祉保健部健康医療局医療政策課長　様

下記情報を提供してください。

　　平成２５年○○月○○日

依頼者 郵便番号　○○○―○○○○

　　　　　　　　　　　　　　住所（法人その他の団体にあっては、事務所又は事業所の所在地）

○○市○○町○○

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）

○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　　○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　○○○○

|  |  |
| --- | --- |
| 提供を受けたい  情報の内容 | 医療法人○○の事業報告書、財産目録、貸借対照表、損益計算書、監事の監査報告書 |
| 上記情報の  使用目的 | ○○○○  （調査のため、情報構築のため等簡単で結構です。） |
| 提供の方法 | （ア）閲覧・視聴  （イ）写しの交付（送付）  （ウ）写しの交付（来所） |
| 希望する写しの交付の方法 | （ア）用紙に複写したものの交付  （イ）ＣＤ-Ｒに複写したものの交付  （ウ）その他の物品（　　　　　　）に複写したものの  交付  （エ）電子メールによる送信  （電子メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当課使用欄  ※記入しないで　ください。 | ・有償、無償の判断  有償　　 無償 一部有償 |