

法 人 文 書 公 開 請 求 書

年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構 様

氏 名 (法人その他の団体にあつては、 その名称及び代表者の氏名)	
住 所 又 は 居 所 (法人その他の団体にあつて は、主たる事務所の所在地)	
連 絡 先 (法人その他の団体にあつて は、担当者の氏名及び連絡先)	電話番号() —

大阪府情報公開条例第19条の2の規定により、次のとおり請求します。

法人文書の名称等 公開請求に係る法人 文書を特定する に 足 り る 事 項 (できるだけ具体的に 記載してください。)	
担当室・課(所)等	
希望する公開の 実 施 方 法	<p>1 公開の実施方法</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧(視聴及び聴取を含む。)のみを希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 全部の写しの交付を希望する。</p> <p>2 閲覧(視聴及び聴取を含む。)の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 用紙による <input type="checkbox"/> 専用機器による</p> <p>3 写しの交付の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> 録音カセットテープ <input type="checkbox"/> ビデオカセットテープ°</p> <p><input type="checkbox"/> フロッピーディスク <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> CD-R</p>
希望する公開の 実 施 の 場 所 等	<p><input type="checkbox"/> 法人(公社)の窓口を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 府政情報センターを希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送を希望する。</p>
希望する公開の 実 施 の 日 時	<p><input type="checkbox"/> 年 月 日</p> <p>午前・午後 時 分から午前・午後 時 分までの間</p> <p><input type="checkbox"/> 公開決定等の通知後、担当室・課(所)等と調整する。</p>
事案の移送の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

注：1 太字枠内は、必ず記載してください。
 2 該当する□にレ印を記入してください。
 3 公開の実施方法及び公開の実施の日時については、御希望に添えない場合がありますので御了承ください。