

法 人 文 書 公 開 請 求 書

年 月 日

地方独立行政法人

大阪健康安全基盤研究所理事長 様

|   |           |
|---|-----------|
| 氏 名<br>(法人その他の団体にあつては、<br>その名称及び代表者の氏名)       |           |
| 住 所 又 は 居 所<br>(法人その他の団体にあつて<br>は、主たる事務所の所在地) |           |
| 連 絡 先<br>(法人その他の団体にあつて<br>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<br>公開請求に係る行政文書を特定する<br>に 足 り る 事 項<br><br>(できるだけ具体的に<br>記載してください。) |   |
| 担当室・課(所)等   |   |
| 希望する公開の<br>実 施 方 法  | 1 公開の実施方法<br><input type="checkbox"/> 閲覧(視聴及び聴取を含む。)のみを希望する。<br><input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。<br><input type="checkbox"/> 全部の写しの交付を希望する。<br>2 閲覧(視聴及び聴取を含む。)の方法<br><input type="checkbox"/> 用紙による <input type="checkbox"/> 専用機器による<br>3 写しの交付の方法<br><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<br><input type="checkbox"/> CD-R又はDVD-R |
| 希望する公開の<br>実 施 の 場 所 等  | <input type="checkbox"/> 法人企画部総合企画課の窓口を希望する。<br><input type="checkbox"/> 府政情報センターを希望する。<br><input type="checkbox"/> 郵送を希望する。  |
| 希望する公開の<br>実 施 の 日 時  | <input type="checkbox"/> 年 月 日<br>午前・午後 時 分から午前・午後 時 分までの間<br><input type="checkbox"/> 公開決定等の通知後、担当室・課(所)と調整する。   |
| 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。