

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	1 公開の実施方法 <input type="checkbox"/> 閲覧(視聴及び聴取を含む。)のみを希望する。 <input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。 <input type="checkbox"/> 全部の写しの交付を希望する。 2 閲覧(視聴及び聴取を含む。)の方法 <input type="checkbox"/> 用紙による <input type="checkbox"/> 専用機器による 3 写しの交付等の方法 <input type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> CD-R又はDVD-R
希 望 す る 公 開 の 実 施 の 場 所 等	<input type="checkbox"/> 法人(病院機構)の窓口を希望する。 <input type="checkbox"/> 府政情報センターを希望する。 <input type="checkbox"/> 郵送を希望する。
希 望 す る 公 開 の 実 施 の 日 時	<input type="checkbox"/> 年 月 日 午前・午後 時 分から午前・午後 時 分までの間 <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
備 考	

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。