

医療法人事業報告書等情報提供依頼書

年 月 日

滋賀県知事 様

依頼者 住 所 (法人その他の団体にあつては、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、名称および代表者の氏名)

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名称または内容	① 医療法人名 ② 情報の内容 (希望する内容を○で囲んでください) ◆ 事業報告書等一式 ◆ 事業報告書 / 財産目録 / 貸借対照表 損益計算書 / 監査報告書 /()
2. 情報提供の方法の区分 (希望する方法を○で囲んでください)	① 写しの交付 ② 写しの送付の希望 (送付の希望 有 ・ 無)
※ 備考欄 (県記入欄)	

- ・写しの交付を受けられる場合は、1枚につき10円を負担していただきます。
- ・写しの郵送を希望される場合は、送料もあわせてご負担いただくこととなります。