**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っては、主たる事務所の所在地）**

　　　　　　　　　**氏　名 （法人その他の団体にあっては、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になります。