

年 月 日

法人文書開示請求書

滋賀医科大学長
塩田 浩平 殿

氏名又は名称（法人その他の団体にあつては代表者の氏名）

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等の所在地）

〒

連絡先電話番号：（ ）

独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律第3条の規定に基づき、下記のとおり法人文書の開示を請求します。

記

1 請求する法人文書の名称等

（請求する法人文書が特定できるよう、法人文書の名称、請求する文書の内容等をできるだけ具体的に記載してください。）

2 求める開示の実施の方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに○印を付してください。アを選択された場合は、その具体的な方法等を記載してください。

ア 大学における開示の実施を希望する。

<実施の方法> ①閲覧 ②写しの交付 ③その他（ ）

<実施の希望日>

イ 写しの送付を希望する。

* 以下は記入しないでください。

開示請求手数料 (1件300円)	300円× 件	(受付印)
---------------------	---------	-------

受付担当	総務課 [情報公開担当] Tel:077(548)2010 (直通)
整理番号	