

## 情報提供依頼書

年 月 日

藤沢市保健所長

次のとおり情報提供をお願いします。

申請者氏名	(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)
申請者住所	〒 (法人その他の団体にあつては、事務所又は事業所の所在地)
電話番号	
連絡先	(連絡先が申請者以外の場合は、連絡担当者の氏名及び電話番号を記載してください)
情報提供の内容 (具体的に記載 してください)	
情報提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し又は複写したものの交付 ( <input type="checkbox"/> 郵送希望) <input type="checkbox"/> 電子メール (メールアドレス: _____) 郵送希望の場合は、写し又は複写したものの作成及び送付に要する費用が到着次第これらを郵送します。