様式１

閲 覧（謄 写）申 請 書

一般社団法人 生駒市医師会
会長　　殿

申請年月日　平成　　年　　月　　日

ふりがな
申 請 者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私（申請者）は、下記の閲覧(謄写)目的に従って閲覧対象資料から得た情報を、その目的に即して適正に使用するとともに、その情報によって個人に関する権利を侵害することのないよう誓います。

閲覧(謄写)の目的	
閲覧対象資料の名称又は内容	
謄写を希望する書類の名称	謄写部数 部
謄写手数料 ☐ 白黒(10 円/枚)　一部あたりの枚数　枚 ×　部数 × 単価 ☐ カラー(30 円/枚)　一部あたりの枚数　枚 ×　部数 × 単価 手数料計　円	
備考	