

公文書開示請求書

申請日：令和3年8月25日

沖縄県知事 殿

住所または居所 〒901-2221
沖縄県宜野湾市伊佐4-4-1

（フリガナ）

氏名又は名称 特定非営利活動法人沖縄県自立生活センター・イル

代表者氏名 長位 鈴子 電話番号 098-890-4890

担当者氏名 早坂 佳之 電話番号 090-3790-4833

（法人その他の団体にあつては、名称、主たる事務所等の所在地、代表者の氏名及び電話番号を記入し、代表者名で担当者が請求する場合は、当該担当者の氏名及び電話番号も記入）

連絡先（個人が請求する場合に限る。） 電話番号

沖縄県情報公開条例第6条第1項の規定により、次のとおり公文書の開示を請求します。

1 開示請求に係る公文書の名称 開示請求に係る公文書を特定するに足る事項	精神保健福祉法第38条の6（注）に基づく、全精神病院に立ち入り、書類の検査、入院患者の診察などの調査と指導に関する資料すべて（2020年度～2021年度まで）
2 開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧（聴取及び視聴を含む。） <input type="radio"/> 閲覧のみを希望 <input type="radio"/> 閲覧後、必要な部分の写しの交付を希望 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 「写しの区分」 <input type="checkbox"/> 用紙（ <input type="checkbox"/> カラー部分を含むページはカラーコピーを希望） <input checked="" type="checkbox"/> CD-R <input checked="" type="checkbox"/> DVD-R <input checked="" type="checkbox"/> その他（CD-Rが容量足りないときはDV 「交付方法」 <input type="radio"/> 直接交付 <input checked="" type="radio"/> 郵送

注1 については、該当するものにレ印を記入してください。

注2 1の欄には、知りたいと思う事項や年度又は期間など公文書を特定できる程度に具体的に記入してください。

<職員記入欄>下記の欄は、記載しないでください。

担当課（室・所）		電話番号	内線	
備考				