

募集要領 様式 4

佐川町病院事業管理者 様

所在地 _____
事業者名 _____
代表者名 _____ 印

佐川町情報公開条例に基づく開示請求があった場合に、提出書類を開示することにより、今後弊社が事業を営むうえで、競争上又は事業運営上の地位その他正当な利益を害する部分及びその具体的な理由は次のとおりです。

開示すると支障が生じる書類(書類の頁・箇所等)	支障が生じる理由・生じる支障の内容を具体的に記入してください。

《連絡先》

担当者名 _____

電話番号 _____

F A X _____

電子メール _____