

処分通知等の受取方法等の確認に係る申請書

茨城県知事 大井川 和彦 殿

令和 年 月 日

電話番号 _____

職・氏名 _____

(フリガナ)

メールアドレス _____

令和 年 月 日付けで _____ (医療機関名) が提出した申請書に係る処分通知等について、以下のとおり交付を受けたいので申請いたします。

1 返信書類の受取方法

(希望する方に☑)

電子データ (上記メールアドレス宛) での受取希望

書面 (紙) での受取希望 (※)

※電子情報処理組織により交付することができる処分通知等に係る費用徴収に関する要項第3条第4項の規定に該当する場合は、申立書を合わせて提出すること。

※受取方法について、希望する方に☑

対面での受取希望 (郵送料無料: 申請者が準備する返信用封筒による郵送を含む。)

県備付の封筒 (定形郵便 (普通郵便) 郵送料 84 円~) による郵送での受取希望

返送先

郵便番号: _____

住 所: _____

氏 名: _____

2 書面 (紙) での受取を希望する場合の費用負担に関する確認

返信書類を書面 (紙) で受け取る場合には、発行に要する印刷代 (10 円/枚) 及び郵送料の費用負担が発生することを確認しました。

費用の納付方法については、①茨城県保健医療部医療局医療政策課から発送する納付書により最寄りの金融機関等で納付する方法又は②同課宛、現金書留を送付すること等による納付方法によることを確認しました。