（様式４）

非 開 示 理 由 書

令和　　年　　月　　日

　高知県立あき総合病院長　　様

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

高知県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。 |
|  |  |