

令和 年 月 日

地方独立行政法人東京都立病院機構理事長殿

審 査 請 求 書

審査請求人	住所又は居所		〒
	氏名又は名称		☎
	法人代表者の住所又は居所		〒
	法人代表者の氏名		☎
代理人	住所又は居所		〒
	氏 名		☎

下記1の処分について、不服があるので審査請求をします。

1 審査請求に係る処分の内容

.....が 令和 年 月 日付けで行った

.....

2 処分があったことを知った日 令和 年 月 日

3 処分庁の教示の有無及び内容

(1) 教示の有無 有 無 (どちらかを○で囲む)

(2) 教示の内容

.....
.....

4 添付書類

.....

5 審査請求の趣旨及び理由

(1) 趣旨

.....

(2) 理由

.....
.....
.....
.....