



날짜: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

F-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

**신청인:**

성명: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

전화: \_\_\_\_\_

정보공개법(Freedom of Information Law, Public Officers Law § 84 et seq. "FOIL")에 의거하여 본인은 다음 기록/문서의 사본을 요청하는 바입니다.

\_\_\_\_\_

요청 기록

\_\_\_\_\_

시간 - 기록 기간

\_\_\_\_\_

사고/사건 발생 날짜:

\_\_\_\_\_

장소: (해당되는 경우, 정확한 주소 및 교차로를 명시)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

서명

\_\_\_\_\_

성명(인쇄체 기입)