様式第１号（第２条関係）

公文書公開請求書

令和　　年　　月　　日

（請求先）

兵庫県後期高齢者医療広域連合長　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者 | 氏名 |  |
| 〒 |
| 住所又は居所 |  |
|  |
| 電話番号 |  |

兵庫県後期高齢者医療広域連合情報公開条例第６条第１項の規定に基づき、次のとおり公文書の公開を請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 公開を請求する公文書の名称又は内容 | 知りたいと思う事項の概要を具体的に記入してください｡ |
| 公文書の公開の実施方法（希望する公開の方法を○で囲んでください。） | １　閲　覧　　　２　写しの交付　　　３　視　聴（□郵送を希望） |
| 備考 |  | 受付欄 |  |

（注）

１　各欄に必要事項を記入してください。

２　請求者の氏名及び住所又は居所は、法人その他の団体にあっては、その名称、事務所又は事業所の所在地及び代表者の氏名を記入してください。

３　請求者が法人その他の団体の場合は、備考欄に連絡可能な方の氏名及び電話番号を記入してください。

４　写しの交付について郵送を希望する場合は□の中にレ印を付けてください。