

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 ( <input type="checkbox"/> 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つては、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。