

様式第1号（第2条関係）

公文書開示請求書

福井県後期高齢者医療広域連合長 殿	※ 所管課受理	※ 情報公開窓口受理
-------------------	---------	------------

福井県後期高齢者医療広域連合情報公開条例第6条第1項の規定により、次のとおり公文書の開示を請求します。

(1) 請求日	年 月 日
(2) 請求者及びその区分	住 所 (所在地) ふりがな 氏名 電話番号 (法人その他の団体にあつては、 主たる事務所の名称及び所在地 並びに代表者の氏名)
(3) 開示請求をする公文書の件名又は内容	
(4) 開示方法の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 ()
※ 備考	

注

- 1 開示請求をする公文書の件名又は内容欄の公文書の内容については、できるだけ具体的に記入してください。
- 2 ※印欄には、記入しないでください。