

公文書公開請求書

（宛先）岐阜県後期高齢者医療広域連合長

請求者住所	郵便番号	—
請求者氏名		
連絡先 電話番号		

岐阜県後期高齢者医療広域連合情報公開条例第5条の規定により、次のとおり公文書の公開を請求します。

公開の実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧・聴取・視聴 <input type="checkbox"/> 写し等の交付（ <input type="checkbox"/> 郵送を希望する） <input type="checkbox"/> テープ等に複写したものの交付（ <input type="checkbox"/> 郵送を希望する）
知りたい内容	※できるだけ具体的に記入してください。

注1 該当する事項の□にレ印を記入し、各欄に必要な事項を記入してください。

2 下の欄は記入する必要はありません。

対象公文書	件名				所属年度	
	担当課		担当者		内線	
処理状況	年 月 日決定 （ <input type="checkbox"/> 公開〔 <input type="checkbox"/> 即時公開〕・ <input type="checkbox"/> 部分公開・ <input type="checkbox"/> 非公開）					
備考						