

年 月 日

公開請求書

実施機関

(宛)

住所 〒

請求者 氏名

(法人その他の団体にあつては、事務所又は事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

連絡先電話番号 ( )

熊本県後期高齢者医療広域連合情報公開条例第6条の規定により、次のとおり公文書の公開を請求します。

公開請求する公文書の件名又は内容	(公開請求する公文書が特定できるよう、公文書の件名又は知りたい内容の概要を具体的に記入してください。)	
公開の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 ( <input type="checkbox"/> 閲覧、 <input type="checkbox"/> 視聴 ) <input type="checkbox"/> 写しの交付 ( <input type="checkbox"/> 郵送希望 )	
請求の目的		
所管課	電話	受付印

注1 請求者欄及び太線の枠内を記入してください。

2 「請求の目的」欄は、記入については請求される方の任意です。