

第1号様式(第2条関係)

情 報 公 開 請 求 書

年 月 日	
(あて先)長崎県後期高齢者医療広域連合長	
公開請求者 住 所(法人その他の団体にあつては、事務所又は事務所の所在地)	
_____	
氏 名(法人その他の団体にあつては、名称及び代表者の氏名)	
_____	
電話番号	
_____	
長崎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、次のとおり行政文書の公開を請求します。	
公開請求する行政文書の名称又は内容	(行政文書を特定できるように具体的に記入してください。)
公開の実施の方法	(希望する公開の実施の方法を○で囲んでください。) 1 閲 覧                      2 写しの交付                      3 視 聴 ( <input type="checkbox"/> 送付希望)
※事務担当課	課(電話 _____ )

備考

- 1 写しの交付について送付を希望する場合は、の中にレ印を付けてください。
- 2 ※欄は、記入しないでください。