

公文書開示請求書

年 月 日

（あて先）北海道後期高齢者医療広域連合長

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

請求者

（名 称）

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

〔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、代表者の氏名及び担当者名〕

北海道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。

請求する公文書の名称又は内容		
開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲 覧 <input type="checkbox"/> 視 聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 郵送等希望）	
※ 備 考		受 付 印

注 1 開示の方法の欄は、希望する□欄にレ印を記入してください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。