

行政文書開示請求書

平成 年 月 日

様

郵便番号  
請求者 住 所

氏 名

電話番号 ( )

〔法人その他の団体にあつては、事務所等の所在地、  
名称及び代表者の氏名〕

奈良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開示を請求します。

請求する行政文書の件名又は内容 (開示請求する行政文書が特定できるよう、行政文書の件名又は内容等を具体的に記入してください。)	
開示の実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 ( )
備 考	(開示の実施希望日・写しの送付希望等があれば記入ください。)

※職員記入欄

担当課(係)名	電話	内線	受付
備 考			