

第1号様式

行政文書公開請求書

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長 宛

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

(法人その他の団体にあつては、事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名)

神奈川県後期高齢者医療広域連合情報公開条例第10条第1項の規定により、次のとおり請求
します。

| | | | |
|---------------------|--|------|--|
| 公開の請求に係る 行政文書の内容 | ・ 公開請求に係る特定の行政文書が分かるように、行政文書の件名又は知りたいと思う事項の概要を具体的に記載してください。 | | |
| 求める公開の方法 | <input type="checkbox"/> 閲覧又は視聴 <input type="checkbox"/> 写し又は複写した物の交付 (<input type="checkbox"/> 郵送を希望する。) | | |
| 行政文書を管理し ている担当等 | | | |
| 備 考 | | 受付番号 | |

※ のある欄には、該当する内にレ印を記入し、()内に必要な事項を記載してください。