

様式第1号（第2条関係）

年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

公開請求者 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〕

郵便番号

住所（所在地）

電話番号

行政文書公開請求書

香川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。

知りたい行政文書の 件名又は内容	※行政文書の特定ができるよう具体的に記入してください。
公開の方法	1 閲覧 2 視聴 3 写しの交付（送付希望 有 ・ 無 ）
備 考	
※担当課名等	

- 注 1 ※欄は、記入しないでください。
2 記載に不備があるときは、香川県後期高齢者医療広域連合情報公開条例第6条第2項の規定により補正を求めることがあります。