

様式第1号（第2条関係）

行政文書公開請求書

年 月 日

様

氏名 〔法人その他の団体にあつては、その名称及び代表者の氏名〕	
住所又は居所 〔法人その他の団体にあつては、主たる事務所の所在地〕	
連絡先 〔法人その他の団体にあつては、担当者の氏名及び連絡先〕	電話番号() —

大阪府後期高齢者医療広域連合情報公開条例第6条の規定により、次のとおり請求します。

行政文書の名称等 公開請求に係る行政文書を特定するに足る事項 〔できるだけ具体的に記載してください。〕	
担当課等	
希望する公開の実施方法	<p>1 公開の実施方法</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧（視聴及び聴取を含む。）のみを希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 全部の写しの交付を希望する。</p> <p>2 閲覧（視聴及び聴取を含む。）の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 用紙による <input type="checkbox"/> 専用機器による</p> <p>3 写しの交付の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> 録音カセットテープ <input type="checkbox"/> ビデオカセットテープ</p> <p><input type="checkbox"/> フロッピーディスク <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> CD-R</p>
希望する公開の実施の場所等	<p><input type="checkbox"/> 担当課を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送を希望する。</p>
希望する公開の実施の日時	<p><input type="checkbox"/> 年 月 日</p> <p>午前・午後 時 分から午前・午後 時 分までの間</p> <p><input type="checkbox"/> 公開決定等の通知後、担当課と調整する。</p>
事案の移送の可否	<p><input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可</p>

(注)

- 1 太字枠内は、必ず記載してください。
- 2 該当する□にレ印を記入してください。
- 3 公開の実施方法及び公開の実施の日時については、御希望に添えない場合がありますので御了承ください。