

様式第1号

岩手県後期高齢者医療広域連合行政文書開示請求書（第2条関係）

| | |
|--|--|
| <p>岩手県後期高齢者医療広域連合行政文書開示請求書</p> | |
| <p>年 月 日</p> | |
| <p>岩手県後期高齢者医療広域連合長 様</p> | |
| <p>住所又は所在地</p> | |
| <p>氏名又は名称及 び代表者氏名</p> | |
| <p>電話</p> | |
| <p>岩手県後期高齢者医療広域連合情報公開条例第5条の規定により、次のとおり行政文書の開示を請求します。</p> | |
| <p>行政文書の名称その他の行政文書を特定するに足りる事項</p> | |
| <p>希望する開示の実施の区分</p> | <p><input type="checkbox"/>窓口における開示 <input type="checkbox"/>写しの送付の方法による開示</p> |

備考 用紙の大きさ 日本工業規格A4