

公 開 請 求 書

年 月 日

宮崎県後期高齢者医療広域連合長 殿

郵便番号

住所（所在地）

請求者 氏名（名称）

（代表者の氏名）

電話番号

宮崎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、次のとおり公文書の公開を請求します。

請求する公文書の件名又は内容	
請求者の区分	1 広域連合の区域内に住所を有する者 2 広域連合の区域内に事務所を有する個人及び法人その他の団体 3 広域連合の区域内に存する事務所又は事務所に勤務する者 4 広域連合の区域内に在する学校に在学する者 5 実施機関が行う事務事業に利害関係を有するもの 〈利害関係の内容〉 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>
公開の方法	1 閲覧・視聴 2 写しの窓口交付 3 写しの郵送
備考	

- （注意） 1 各欄に必要事項を記入し、該当する番号を○で囲んでください。
 2 請求者の氏名及び住所は、法人その他の団体にあつては、その名称、事務所又は事務所の所在地及び代表者の氏名を記入してください。
 3 請求者が法人その他の団体の場合は、備考欄に連絡可能な方の氏名及び電話番号を記入してください。

処理欄	総務課	受付日	年 月 日	受付者名	
	所管課	課名		担当者名	