

別記第1号様式（第2条関係）

* 受 理 番 号	
公文書公開請求書	
年 月 日	
(あて先)実施機関	
請求者：住所（法人その他の団体の場合は、主たる事務所の所在地） 〒	
_____ 氏名（法人その他の団体の場合は、名称及び代表者の氏名） _____	
（連絡先電話番号）_____	
東京都後期高齢者医療広域連合情報公開条例第6条第1項の規定に基づき、下記のとおり公文書の公開を請求します。	
記	
公文書の件名又は情報の内容 （知りたい事項を具体的に 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（ 郵送を希望） 4 電子公開
公開方法4電子公開の場合 公開請求者電子メールアドレス	

\* 請求人は上の太枠内について記入してください。

\* あて先及び公開の方法欄は、該当するものを  で囲んでください。

所 管 課	部	課	決 定	年	月	日
			起 案	年	月	日
			課 長	係 長	担 当 者	
上記請求について、公開の可否等を所管課長あてに照会します。 回答期限：                      年 月 日( )						

（用紙規格 A4）