様式第１号（第２条関係）

公　文　書　開　示　請　求　書

年　　　月　　　日

福岡県介護保険広域連合長　様

（ふ り が な）

氏名又は名称（法人その他の団体にあってはその名称及び代表者氏名を記載）

　　　　住所又は居所（法人その他の団体にあっては主たる事務所の所在地等を記載）

　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

（ふりがな）

連絡先（連絡先を指定する場合は、当該連絡担当の氏名及び住所・電話番号を記載）

　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

　福岡県介護保険広域連合情報公開条例（平成１６年条例第１号）第６条第１項の規定により、次のとおり公文書の開示を請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求する公文書の名称等  請求する公文書が特定  できるよう、公文書の  名称内容等をできるだ  け具体的に記載してく  ださい。 |  |
| 求める開示の方法  該当する□内にレ印を  記入してください。 | □　閲覧  　□　視聴取  　□　写しの交付 |