

様式第 1 号（第 2 条関係）

公文書公開請求書

年 月 日

群馬県後期高齢者医療広域連合長

公開請求者 郵便番号
住所（所在地）
氏名（名称） 印
（代表者名）
電話番号

群馬県後期高齢者医療広域連合情報公開条例第 1 0 条の規定により、次のとおり公文書の公開を請求します。

公文書の件名又はその内容	※公文書の特定ができるよう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