

様式第 1 号

文書公開申出書

年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会
事務局長 様

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

大阪府国民健康保険団体連合会情報公開規則第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申し出ます。

公開を申し出る者	府内に住所を有する者 府内に勤務する者 (勤務先) (所在地) 府内に在学する者 (学校名) (所在地) 府内に事務所又は事業所を有する法人その他の団体 (事務所等の名称) (所在地) その他文書の公開を必要とする理由を明示するもの (理由)
公開の申出に係る文書の内容	文書の件名又は概要をできるだけ具体的に記載してください。
公開の実施方法	文書の閲覧 文書の写しの交付 その他 ()
備考	

該当する にレ印を記入してください。また、()内に必要事項を記入してください