

様式第1号(第2条関係)

長野県後期高齢者医療広域連合行政情報公開請求書

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 様

〒
住 所

氏 名

連絡先(電話)

長野県後期高齢者医療広域連合情報公開条例第5条の規定により行政情報の公開を
請求します。

行政情報の名称 その他の行政情 報を特定するた めに必要な事項	(知りたい事項を具体的に記入してください。)
公開の方法	(該当する□内にレ印を記入してください。) ☐ 閲覧又は聴取・視聴 ☐ 写し等の交付