

文書開示申出書

年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様

開示申出者 氏 名
郵便番号
住 所

電話番号

[法人その他の団体にあつては、その名称、事務所の所在地
及び代表者の氏名]
連絡先 氏 名

電 話

(法人その他の団体担当者その他連絡可能な方を記載してください。)

静岡県国民健康保険団体連合会情報公開規則第 7 条の規定に基づき、次のとおり開示申し出をします。

1 開示申し出に係る文書の内容	
2 文書の開示を必要とする理由	
3 開示の区分（希望する開示方法を○で 囲んでください。	(1) 閲覧 (2) 視聴 (3) 写しの交付
4 備 考	

※印欄は記載しないでください。

※ 担当課	
-------	--