

様式第1号(第2条関係)

公 文 書 公 開 請 求 書

年 月 日

(実施機関) 様

〒

住所又は所在地
請求者 氏名又は名称
代表者 氏名
(電話番号)
(法人その他の団体にあつては、その名称、
事務所等の所在地及び代表者の氏名)

大村市情報公開条例第6条の規定により、次のとおり公文書の公開を請求します。

公開を請求する 公文書の件名 又は内容	(公文書を特定できるように具体的に記入してください。)
公開の実施方法	1 閲覧 2 写しの交付 (郵送希望：有・無) 3 視聴・聴取 (該当する番号等を○印で囲んでください。)
《職員記入欄》	ここから下の欄には、記入しないでください。
対象文書の件名	
担 当 課	
処 理 状 況	<input type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 部分公開 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不存在