

（実施機関）

様

郵便番号

住 所

氏 名

連絡先電話番号（ ） —

法人その他の団体にあつては、主たる

事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

担当者名

（法人その他の団体の場合に記入してください。）

多古町情報公開条例第6条第1項の規定により、次のとおり公文書の開示を請求します。

開示請求する公文書の件名又は内容	（知りたいと思う事項の具体的な内容を記載してください。）
公文書の開示を請求することができるものの区分（該当する区分を示す□の一つにレ印を付け、〔 〕内に必要な事項を記載してください。）	<input type="checkbox"/> 町内に住所を有する者 <input type="checkbox"/> 町内に事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体 事務所等の名称〔 〕 所在地〔 〕 <input type="checkbox"/> 町内に存する事務所又は事業所に勤務する者 事務所等の名称〔 〕 所在地〔 〕 <input type="checkbox"/> 町内に存する学校に在学するもの 学校の名称〔 〕 所在地〔 〕 <input type="checkbox"/> 町税の納税義務がある者 町税の税目〔 〕 <input type="checkbox"/> 利害関係を有するもの 利害関係となる内容〔 〕
開 示 の 目 的	
公文書の開示の方法（該当する□にレ印を付けてください。）	<input type="checkbox"/> 閲覧又は視聴 <input type="checkbox"/> 写し等の交付

（職員記入欄）この欄には記入しないでください。

担 当 課		備 考		受 付 印	
-------	--	-----	--	-------	--