様式第9号(第9条の2関係)

情報任意的公開申出書

　　年　　月　　日

　　小山広域保健衛生組合

管理者　様

住所

氏名

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 法人その他団体にあっては、所在地、名称及び代表者の氏名 |

　　小山広域保健衛生組合情報公開条例で例とする小山市情報公開条例第15条の2第1項の規定により、次のとおり情報の公開を申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申出に係る情報の内容 | 　 |
| 申出の目的 | 　 |
| ※ | 公開の方法希望する番号を○で囲んでください。 | 1　閲覧　　2　視聴　　3　写しの交付(□郵送希望) |
| 備考 | 　 |

　(注)　申出の目的は、具体的に記入してください。目的が適当でない場合は、この申出書を受理しないことがあります。