

(様式第 1 号)

公開申出書

年 月 日

公益財団法人寝屋川市保健福祉公社

理 事 長 様

住 所 (法人等にあつては、主たる事務所の所在地)	(〒 -)
氏 名 (法人等にあつては、その名称及び代表者の氏名)	
電話番号	

公益財団法人寝屋川市保健福祉公社情報公開規則第 6 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり情報の公開を申出します。

1 文書等の名称又は内容	
2 文書等の公開方法(該当する項目を で囲んでください。)	閲覧又は視聴 写しの交付
3 請求の理由又は利用目的	