

様式第1号(第6条第1項関係)

情報開示申出書

令和 年 月 日

社会福祉法人 福井市社会福祉協議会会長 様

(申出者)

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

福井市社会福祉協議会情報公開規程第6条に基づき、次のとおり情報の開示を申し出ます。

| | |
|---------------------------------------|--|
| 開示申出に係る情報の名称又は内容 | |
| 開示の方法 (希望する開示法の枠内に 印を記入してください。) | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 |
| 申出の理由又は利用目的 | |