

情報 任 意 的 公 開 申 出 書

年 月 日

小千谷市長 あて

住 所
申出者 氏 名
電話番号

()

(法人その他の団体にあつては、事務所又は
事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

情報の任意的公開を受けたいので、小千谷市情報公開事務取扱要領第7の規定により、
次のとおり申し出ます。

情報の件名 又は内容	(情報の件名又は知りたい事項を具体的に記入してください。)		
公開方法の区分	1 閲覧	2 視聴	3 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 郵送希望)
備 考		申出 番号	
受 付 印	受 理 印	担 当	
		課 係	
		電話番号	

- (注) 1 太線内の各欄に必要な事項を記入するとともに、該当する番号を○で囲んでください。
2 写しの交付について郵送を希望する場合は、□の中にレ印を記入してください。