

年 月 日

（宛先）

住所又は主たる事務所の所在地

〒

氏名又は名称及び代表者の氏名

連絡先電話番号

埼玉県情報公開条例第7条の規定により、次のとおり公文書の開示を請求します。

| | |
|--|---|
| 開示請求をする公文書の名称又は内容 （できるだけ具体的に記載してください。） | |
| 埼玉県情報公開条例第7条に規定する公文書の開示を請求することができるものの区分 （該当する番号を一つ○で囲み、（ ）内に所要事項を記載してください。） | 1 県内に住所を有する者 2 県内に事務所又は事業所を有する個人又は法人その他の団体 （事務所等の名称 所在地） 3 県内に所在する事務所又は事業所に勤務する者 （勤務先の名称 所在地） 4 県内に所在する学校に在学する者 （学校の名称 所在地） 5 1から4までに掲げるもののほか、公文書の開示を必要とする相当の理由を有する個人又は法人その他の団体の理由 （ ） |

注 次の欄の記載は任意です。

| | |
|---|---|
| 求める開示の実施の方法 （開示の実施の方法に希望するものがあれば、□内にレ印を付してください。） | 1 文書又は図画の場合 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し（複写機により用紙に複写したもの）の交付（□送付を希望） <input type="checkbox"/> 写し（スキャナにより読み取ってできた電磁的記録）の電子情報処理組織による交付（電子情報処理組織を使用して開示請求があった場合に限る。） <input type="checkbox"/> 写し（スキャナにより読み取ってできた電磁的記録を電磁的記録媒体に複写したもの）の交付（□送付を希望） 2 電磁的記録の場合 <input type="checkbox"/> 用紙に出力したものの閲覧 <input type="checkbox"/> 用紙に出力したものの交付（□送付を希望） <input type="checkbox"/> 電子情報処理組織による交付（電子情報処理組織を使用して開示請求があった場合に限る。） <input type="checkbox"/> 専用機器により再生したものの閲覧、聴取又は視聴 <input type="checkbox"/> 電磁的記録媒体に複写したものの交付（□送付を希望） |
| 開示の実施の希望日 | 年 月 日 |

注 以下の欄には、記入しないでください。

| | |
|------|------|
| 担当課所 | 電話番号 |
| 備考 | |