

情報公開請求書

H29 年 7月 10日

(実施機関の長)

池田町長 [REDACTED] 様

住所

※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

氏名 [REDACTED]

※法人その他の団体にあつては、名称及び代表者の氏名

連絡先電話番号 [REDACTED]

池田町情報公開条例第5条の規定により、次のとおり情報の公開を請求します。

1 請求に係る情報の 名称又は内容	情報の内容又は知りたい事項を具体的に記入して下さい。
	地域ケア会議での症例検討に際しての厚生省が池田町に示した 会議の進め方に関する要綱、ガイドライン、手引き等
2 公開の区分	該当する番号を○印で囲んでください。
	(1)閲覧 (2)写しの交付 (3)写しの郵送
3 写しの交付又は郵 送の場合の請求部数	1部 (写しの作成に要する費用は請求者の負担となり ます。)

注 1 2の欄を「(1)閲覧」とした場合であっても、池田町情報公開条例第17条第2項の規定により、写しの閲覧となる場合があります。

(参考)

今後の情報公開制度のあり方について参考とさせていただきますので、差し支えなければ、以下の項目の記入について、ご協力願います。

(請求の理由や利用目的により、公開・非公開等の決定が左右されることはありません。)

4 請求の理由	医療介護制度の理解
5 利用目的	医療介護制度の理解

実施機関処理欄(請求者の方は、記入しないで下さい。)

6 受付年月日	年 月 日
7 担当課係等	
8 備考	