

異議申出書

年 月 日

社会福祉法人下諏訪町社会福祉協議会会長 様

住 所

公開申出者 氏 名

印

（法人その他の団体にあつては名称及び代表者氏名）

電話番号・FAX 番号

年 月 日付け第 号で通知のあった公開申出に対する決定について、社会福祉法人 下諏訪町社会福祉協議会情報公開規程第16条第1項の規定により、次のとおり異議申出をします。

異議の理由及び内容	(なるべく具体的に記入してください)
-----------	--------------------