

法人文書の開示の実施方法等申出書

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

氏名又は名称

住所又は居所

連絡先電話番号

独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律第15条第3項の規定に基づき、下記のとおり申出をします。

記

- 1 法人文書開示請求書の受付番号
- 2 法人文書開示決定通知書の番号等
日付
文書番号
- 3 求める開示の実施の方法
下表から実施の方法を選択し、該当するものに○印を付してください。

法人文書の名称	種類・量	実施の方法	
		1	①全部 ②一部 ()
	2	①全部 ②一部 ()	

- 4 開示の実施を希望する日
平成 年 月 日 () 午前・午後 時頃
- 5 「写しの送付」の希望の有無 有 : 同封する郵便切手の額 円
無

開示実施手数料 _____ 円	銀行振込で支払った場合は、ここに証明する書類をはってください。	(受付印欄)
--------------------	---------------------------------	--------

* 担当課等