

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

法人文書開示決定通知書(平成 年 月 日付け 第 号)により通知のありました法人文書について、既報のとおり開示を受けるので、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項及び同施行令第9条第2項の規定に基づき、申出をします。

○ 開示実施手数料

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添付してください。	(受付印欄)
------------------------	----------------------------------	--------

○ 写しの送付による場合：同封する郵便切手の額 _____ 円分

* 担当課等