

法人文書の更なる開示の申出書

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5項の規定に基づき、下記のとおり申出をします。

記

1 更なる開示を求める法人文書の名称

2 開示決定通知書の日付及び文書番号

平成 年 月 日付け 第 号

3 最初に開示を受けた日

平成 年 月 日

4 更なる開示の実施の方法等

(事務所における開示の実施を受ける場合は、その希望日。写しの送付を希望する場合は、その旨)

*法人文書の同じ部分について、最初に開示を受けた開示の実施の方法と同じ方法による開示の実施を受けることはできません。

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)
------------------------	---------------------------------	--------