

# 法人文書開示請求書

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

氏名又は名称： (法人その他の団体にあつてはその名称及び代表者の氏名)

住所又は居所： (法人その他の団体にあつては主たる事務所等の所在地)

〒 TEL ( )

連絡先：(連絡先が上記の本人以外の場合は、連絡担当者の住所・氏名・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 4 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり法人文書の開示を請求します。

## 記

### 1 請求する法人文書の名称等

(請求する法人文書が特定できるよう、法人文書の名称、請求する文書の内容等をできるだけ具体的に記載してください。)

--

### 2 求める開示の実施の方法等(本欄の記載は任意です。)

ア又はイに○印を付して下さい。アを選択された場合は、その具体的な方法等を記載してください。

ア 事務所における開示の実施を希望する。 <実施の方法> ① 閲覧 ② 写しの交付 ③ その他( ) <実施の希望日>
イ 写しの送付を希望する。

開示請求手数料 (1 件 300 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)
------------------------	--------------------------------------	--------

\*この欄は記入しないでください。

担当課	
備考	

## 「法人文書開示請求書」(裏面)

### <記載に当たっての注意事項>

#### 1 「氏名又は名称」「住所又は居所」

個人で開示請求をする場合は、あなたの氏名、住所又は居所を、法人その他の団体の場合にあっては、その名称と代表者の氏名及び所在地を記載してください。

ここに記載された住所及び氏名により、開示決定通知等を行うこととなりますので、正確に記入願います。

連絡等を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

#### 2 「連絡先」

連絡等を行う場合に、「氏名又は名称」欄に記載された本人と異なる方に行う必要があるときは、連絡担当者の氏名、住所及び電話番号を記載してください。

#### 3 「請求する法人文書の名称等」

開示を請求する法人文書について、その名称、お知りになりたい情報の内容等をできる限り具体的に記載してください。

#### 4 「求める開示の実施の方法等」

請求される法人文書について開示決定がされた場合に、開示の実施の方法、事務所における開示を希望される場合の希望日についてご希望がありましたら、記載してください。

なお、開示の実施の方法等については、開示決定後に提出していただく「法人文書の開示の実施方法等申出書」により申し出ることができます。

### <開示請求手数料の納付について>

開示請求を行う場合には、1件の法人文書について300円を納付していただくこととなっています。

銀行振込で支払った場合は、証明する書類をこの請求書の所定の位置にはって、提出してください。