様式１６

　　　　　　　 令和　　年　　月　　日

**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

令和 年 月 日付け 第 号

３ 最初に開示を受けた日

令和 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) |