

法人文書開示請求書

平成14年10月1日

独立行政法人産業医学総合研究所 殿

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)

開示太郎

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)

〒000-0000 神奈川県川崎市0000-0-0 TEL 0443(000)0000

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)

代理人 山 夫 千代田区000-0-0 TEL 03(000)0000

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。)

独立行政法人産業医学総合研究所文書管理規程の決裁原義(平成14年度)

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> 閲覧 写しの交付 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)	納付方法(いずれかに を付けてください。)	(受付印欄)
	<input checked="" type="radio"/> 1 現金払 2 現金書留 3 銀行振込	

現金書留、銀行振込による請求には開示請求手数料の他、別途郵送料、振込手数料をご負担いただきます。

*この欄は記入しないでください。

担当課	
備考	