

_____ 殿

当院が保有する _____ 殿に
関する個人情報の開示について

貴殿から開示請求書が提出されておりました標記の件については、下記のとおり開示することを決定致しましたので、ご通知申し上げます。

開示対象となる記録

つきましては、平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____) までにあらかじめ当院にご連絡のうえ、当院受付窓口までお越しいただきますようお願いいたします。

なお、複写の実費といたしまして 金10,000円 を申し受けます。

ご来院時に現金にてお支払いいただきますようお願い申し上げます。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(医療機関名) 医療法人 三愛会 君塚病院

院 長： 渡辺 道典 ⑩

担当医： _____ 科 ⑩