

様

当院が保有する \_\_\_\_\_ 様に

関する個人情報の開示について

\_\_\_\_\_ 様から提出されておりました個人情報の開示請求書の件については、下記のとおり開示することと決定いたしましたので、ご通知申し上げます。

開示対象  
となる記録

つきましては \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時に、当院受付窓口までおこしください。

なお、開示については手数料 10,000 円、複写費として \_\_\_\_\_ 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。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療法人笠寺病院長 飯田 威夫

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_