

診療記録等開示に関する同意書

医療法人 新美会 新垣形成外科
院長 新垣 実 殿

開 示 手 数 料	1 件につき	3,000 円
-----------	--------	---------

診 療 録	複写したもの	1 枚につき	50 円
画像 : X 線・CT・MRI	複写したもの	1 枚につき	50 円

注1. 上記料金には、別途消費税がかかります

注2. なお、不開示となった場合、開示手数料は返金しかねます。

私は、上記のとおり診療記録の開示を請求いたします。

平成 年 月 日

申込者 氏名 (自署) _____ 印

受診者との関係 _____

(申込者が本人の場合は記入不要)

住 所 _____