

診療記録等開示に関する同意書

TOMクリニック

院長 殿

(税別)

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
	閲覧の場合	30分につき (最長1時間)	3,000円
画像		1枚につき	300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、上記のとおり診察記録の開示を請求いたします。

令和 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 _____