

診療記録等開示に関する同意書

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
病院長 殿

開示手数料	1件につき	3,300円
診療録	複製したもの	1枚につき 55円
画像：X線・CT・MRI・エコー	CD-R 1枚につき	1,100円

注1. 消費税は含まれています。

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。

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 _____