
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 _____ 日までにあらかじめ当院にご連絡の上、当院窓口まで
お越しいただきますようお願いいたします。

なお、複写の実費として金 _____ 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

社団法人伊勢崎佐波医師会病院

院 長 中 川 隆 雄

担当科 科