
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

一般社団法人 伊勢崎佐波医師会病院

院 長 _____

担当科 _____ 科 _____