

診療記録等開示に関する同意書

TOM クリニック

院長 殿

開示手数料	1件につき	3,000円（税込3,300円）
-------	-------	------------------

診療録	複写したもの	1枚につき	50円（税込55円）
	閲覧の場合	30分につき （最長1時間）	3,000円 （税込3,300円）
画像		1枚につき	300円（税込330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 _____