

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を決定致しましたので、ご通知申し上げます。

開示対象となる記録

つきましては、平成_____年_____月_____日 () までにあらかじめ当院にご連絡のうえ、当院受付窓口までお越しいただきますようお願いいたします。

平成_____年_____月_____日

(医療機関名) 医療法人社団 永生会 南多摩病院

院長： _____ 益子 邦洋 _____ ㊞

担当医： _____ 科 _____ ㊞

医療法人社団 永生会 南多摩病院