

診療録等開示に関する同意書

大井戸診療所

院長 大澤 誠 殿

私は、診療録の開示を申請し、複写等にかかる費用を支払う
ことに同意します。

診療録の複写 1枚につき 50円

画像等 CD-R 1枚につき500円

平成 年 月 日

申込者 氏名(自署) _____ ⑩

受診者との関係 _____

住所 _____