

福岡大学筑紫病院長 殿

年 月 日

住所

氏名

印

謄写申込書

下記の診療情報の謄写を申し込みいたします。

記

1. 患者名
2. 患者登録番号
3. 診療情報名

4. 経費

診療情報名	単価(円)	枚数	金額 (円)
開示手数料	3,000	—	3,000
電子カルテ印刷	20		
診療録複写	20		
X線画像出力料金 (CD・DVD等)	3,000		
合計 (税抜)			
税			
総合計			