

ハートネットホスピタル 第三者情報開示報告書

令和 年 月 日

（金沢市医師会及び連携先機関）様

住 所
施設名
代表者名

下記のとおり開示請求がありましたので、ハートネットホスピタル運用規程第 9 条に基づき報告します。

患 者 名

開示理由

開示時期

開示方法

当該情報に関連する利用施設

開示内容等