通　知　書

私は、貴会に対し、以下の通り損害賠償請求を行います。

私は、令和○年○月○日、貴会経営の○○病院において、丙野医師による診療を受けました。その際、注射により私に投与する薬剤の量を丙野医師が誤ったことから、副作用が生じ、○○病院へ１か月間入院（以下「本件入院」といいます。）することを余儀なくされました。

貴会は、丙野医師が貴会の経営する○○病院に勤務していることから、使用者責任（民法第７１５条第１項）に基づき、私に対し、損害賠償の責任を負います。

つきましては、本件入院による休業損害として○○円及び本件入院の慰謝料として○○円の合計○○円を、下記振込口座に本通知書到達日から１週間以内にお振り込み下さい。

期限内にお振り込み頂けないときには、やむを得ず法的手続に移行することを念のため申し添えます。

（振込口座）

○○銀行○○支店

普通　○○○○○○

オツノジロウ

東京都新宿区○○町○丁目○番○号

医療法人社団ふたば会

理事長　甲野太郎　殿

令和○年○月○日

　　　　東京都新宿区○○町○丁目○番○号

　　　　　通知人　乙野次郎　　　　　　㊞