

診療情報閲覧等申請書

申請日 年 月 日

公立学校共済組合 病院統合準備センター 御中

公立学校共済組合 病院統合準備センターが保有する近畿中央病院の診療情報について、以下のとおり閲覧の許可を申請いたします。

申請者情報	ふりがな		現在の所属機関	
	氏名			
	電話番号	— —	Mail✉	
	自宅住所	〒 —		
	職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他の医療従事者 ()		
	近畿中央病院在籍期間	年 月 日 ~	年 月 日	
閲覧目的	<input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 学会発表 <input type="checkbox"/> 論文 <input type="checkbox"/> 研究調査 <input type="checkbox"/> その他 ()			
閲覧内容	(閲覧する対象・内容・期間など可能な限りご記入ください)			
閲覧希望日時	年 月 日	時間	: ~ :	
	年 月 日	時間	: ~ :	
	年 月 日	時間	: ~ :	
情報持出しの希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		※職員により個人情報のマスクングまたは匿名化したうえで お渡しします。内容によっては後日の引渡しとなります。	

《以下、公立学校共済組合 病院統合準備センター 業務課 記入欄》

受付日	年 月 日	受付者	
審議結果	<input type="checkbox"/> 許可 <input type="checkbox"/> 条件付き許可 (条件:) <input type="checkbox"/> 不許可 (理由:)		
本人確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	閲覧ID	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	閲覧パスワード	

統括責任者	部門責任者	閲覧責任者

決裁日	年 月 日
-----	-------