「様式2」退職者用

診療情報等閲覧及び持ち出し申請書

申請日:令和　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構
信州上田医療センター　院長　殿

申請者氏名 _____ 印

現所属(病院名等) _____

確実に連絡がつく電話番号 _____

電子メールアドレス _____

私は下記の資格取得等のため、貴病院に勤務していた時に関係した情報の提供を求めます。
提供された情報について、以下の点を遵守及び承知いたします。
目的外には一切使用いたしません。また、匿名化しきれない個人情報が含まれた情報の提供を受けた場合については、使用後の情報の廃棄などにあたって国立病院機構の個人情報の取扱いと同様に十分配慮して行います。
万が一、この情報提供に起因する情報漏えいが起きた際はその責は私に帰すものである旨承知いたします。

記

申請区分	□ 閲覧利用　□ 持ち出し利用
当院での 所属・科部署	
利用目的 ※資格申請の場合はその資料を添付してください	□ 資格取得　□ 学会発表（□ 症例報告　□ それ以外） □ 論文（□ 症例報告　□ それ以外）□ その他（　　） ＜利用にかかる情報の提供先＞ ※資格名称、第〇回△△学会・研究会、投稿先雑誌名 or 論文ﾀｲﾄﾙ、その他データの提出・送付先名
閲覧・持ち出し内容	＜対象期間・対象内容・閲覧の範囲＞ ※患者氏名は絶対に記載しないでください。
閲覧・持ち出し日時※1	年　月　日　時　分～　時　分 年　月　日　時　分～　時　分
個人情報の院外利用※2	□ 無　□ 有

※1 複数日を希望する場合は最初の希望日から1カ月以内とします。
申請日から2週間以降を目安としてください。対応可能日時:平日　9:00～17:00　場所(指定):1F企画課医事
※2 個人が特定されるもの、又は推測されるもの(例:患者ID、氏名、生年月日、入退院日等で、
単一項目では分からなくても、組み合わせれば容易に個人特定できるものを含む)

診療情報管理部門処理処理欄

受付日:令和　　年　　月　　日(□メール　□郵送)　受付者:
閲覧項目:□電子カルテ　□紙カルテ(入院　　冊　外来　　冊)
□その他(　　)
備考: