様式第1号

診療情報閲覧等申請書

令和　　年　　月　　日

公立藤田総合病院長　　宛

(ふりがな)
氏　名

現所属(病院名等)

電話番号

以下の目的で診療情報の閲覧を申請しますので、許可願います。

公立藤田総合病院での所属 （診療科名）	
利用目的	□資格取得　□学会発表 □論文 □その他（　　） <利用にかかる情報の提供先> ※資格名称、第○回△学会・研究会、投稿先雑誌名、論文タイトル等
閲覧内容	<対象期間・対象内容・閲覧の範囲>
写しの希望	□無　□有（様式第2号を提出してください）
持出しの希望	□無　□有（様式第2号を提出してください）
閲覧希望日時	年　月　日(　) □午前 □午後　時　分から
	年　月　日(　) □午前 □午後　時　分まで

<個人情報等の取扱いに関する宣言>　（下記4点にチェックを記入）

□ 個人情報保護に関する法令並びに公立藤田総合病院個人情報の保護に関する法律施行条例にのっとり、公立藤田総合病院の指示等に従い、情報の取扱方法を厳守します。

□ 個人情報等について、不正に使用し又は第三者に漏えいすることは絶対にしません。また、第三者に個人情報等が漏えいするおそれのある全ての行為を行いません。

□ 上記各項の誓約に違反し、個人情報等が第三者に漏えいした結果、公立藤田総合病院が被った被害について、賠償等の全ての責任を負います。

□ 個人情報等の盗難、紛失、漏えい等の事故が生じ又は生じるおそれがあることを知った場合は、速やかに報告します。

総務課処理欄

受付日 ： 令和　　年　　月　　日　（ □郵送　□持参　□メール ）

備　考 ：(　　)

審　議 ： □許可　□下記理由にて条件付き許可　□下記理由により不許可

理　由 ：(　　)

承認日 ： 令和　　年　　月　　日

院長	副院長	事務長	看護部長	事務次長	会計課長	総務課長	取扱者