　　　　記載日：　　　年　　月　　日

川口市病院事業管理者　様

　専門医申請及び症例研究等のため、川口市立医療センターの診療記録の閲覧・収集利用を許可願います。

|  |
| --- |
| １．申請者氏名・生年月日  　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　年　　　月　　　日 |
| ２．勤務施設名（申請日時点での主たる所属） |
| ３．連絡先　※申請後に閲覧可否の連絡をします。日中に連絡が取れる連絡先をご記入ください  　住　　所：  　電話番号： |
| ４．利用目的 |
| ５．閲覧する診療記録  　　□ 電子カルテ　　 □ 紙カルテ |
| ６．閲覧・収集利用する主な診療情報 |
| ７．閲覧・収集利用する患者番号  □ 閲覧後に閲覧した患者番号の一覧を提出する  □ 患者番号を指定する（別紙に記載して添付でも構いません）  注）紙診療記録は患者番号または症例や期間の指定がないと当日に用意できない可能性があります |
| ＜患者番号または症例及び期間＞ |

□　診療記録の閲覧・収集利用にあたり、個人情報の保護に関する法律およびその他関連法令を遵守し、利用目的以外の目的で利用しないこと、患者の人権の尊重とプライバシーを保護することを誓約します。

□　川口市立医療センターの在職歴を確認するため、在籍当時の個人情報を利用することに同意します。

※上記誓約、同意がない場合は、閲覧等の許可はできません。