（様式１）

診療記録の閲覧申請書兼許可証

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者（ふりがな） |  |
| 閲覧者氏名（ふりがな） | ※申請者が閲覧者と異なる場合はご記入ください |
| 当院勤務期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日[ ] 　勤務歴なし |
| 閲覧希望日 | 　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　時　　　分　～　　　　　　時　　　分まで |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| （必須）メールアドレス |  |
| 所属機関名 |  |
| 閲覧目的 | [ ] 　研究調査　　　[ ] 　資格取得 |

【豊橋市民病院記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承認 | [ ]  許可　　[ ]  不許可 | 承認日　　　　年　　　月　　　日 |
| 承認者 | 院長　　　　　　　　　　　　　 |
| 不許可の理由 |  |
|  |
| 閲覧日対応者 | [ ]  医療情報課[ ]  事務当直者 |
| 本人確認書類 | [ ]  運転免許証　　　　[ ]  健康保険証　　　　[ ]  職員証[ ]  その他（　　　　　　　　　　） |