（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（　　　　　　　　　　） | |