

「様式1」退職者用

医療情報等閲覧及び取り出し申請書(事前提出)

令和 年 月 日

関門医療センター

医療情報等システム運用責任者 殿
(副院長)

申請者
住所

氏名 (印)

当院退職年月 年 月
確実に連絡のつく電話番号

関門医療センター医療情報等システム運用管理規程第8条第1項(5)及び同条第3項(3)により、
下記のシステム情報を 閲覧利用 取り出し利用 したいので、許可をお願いします。

(*該当するものに○を付すこと)

記

情報名	
取出日時	
(記入不要) 取出端末	(情報管理室で記入しますので、空欄として下さい)
取出媒体	
使用目的	<input type="checkbox"/> 認定・専門医 資格 取得のため <input type="checkbox"/> 論文発表のため <input type="checkbox"/> 学会・講演 発表のため <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	

* 情報管理室又は管理課職員係長へ提出下さい。