

熊本大学病院
総合臨床研修センター長 殿

施設名(所属)

職 名

生年月日

氏 名(自署)

連絡先

(〒)

Tel

Mail

研修記録確認申請

下記のとおり、熊本大学病院群卒後臨床研修プログラムにて初期臨床研修を行いました。研修中に作成しました退院時サマリが、必要となり申請しますので、手続きをお願い申し上げます。

記

【研修プログラム及び研修期間】

研修プログラム：

研修期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

【利用目的及び提出先】

目的：

提出先：

【必要とする内容】※□にチェックを入れて下さい。

退院時サマリの写しの送付(症例数 例)

退院時サマリの閲覧(閲覧希望日： 年 月 日～ 年 月 日)

診療録の閲覧(閲覧希望日： 年 月 日～ 年 月 日)

その他()

【患者様に関する情報】※□にチェックを入れてください。

患者様IDが判明している

患者様IDが判明していない。

*内容に応じて、別途申請書類があります。申請を受けた後、総合臨床研修センターもしくは中央病歴室より連絡がありますので、予めご承知願います。

*退院時サマリ・診療録閲覧の際に転記等された個人情報の管理、及び不要になった後の消去については、申請者本人の責任において徹底いただきますようお願いいたします。

*退院時サマリの写しを送付する場合は、患者様の個人情報は、特定出来る部分を黒塗りにしたものを送付しますので、ご承知願います。

熊本大学病院
総合臨床研修センター長 殿

現在の所属施設名、職名（●●科医長等）、生年月日、氏名（自署）、連絡先を記入すること。

施設名（所属） ●●病院
職名 ●●科医長
生年月日 （西暦）年●●月●●日
氏名（自署） ●● ●●
連絡先
(〒●●●●-●●●●)
●●県●●市●●●丁目-●-●
Tel ●●●-●●●●-●●●●
Mail ●●●@●●●●●

研修記録確認申請

下記のとおり、熊本大学病院群卒後臨床研修プログラムにて初期臨床研修を行いました。研修中に作成しました退院時サマリが、必要となり申請しますので、手続きをお願い申し上げます。

記

【研修プログラム及び研修期間】

修了した研修プログラム及び研修期間を記入すること。

研修プログラム：熊本大学医学部附属病院群卒後臨床研修プログラム●
研修期間： ●●年●●月●●日 ～ ●●年●●月●●日

【利用目的及び提出先】

利用目的及び提出先を、必ず記載すること。

目的： ●●学会認定医試験受験のため
提出先： ●●学会

該当する項目にチェックを入れ、必要事項を記入すること。

【必要とする内容】 ※□にチェックを入れて下さい。

- 退院時サマリの写しの送付（症例数●●例）
- 退院時サマリの閲覧（閲覧希望日： 年 月 日～ 年 月 日）
- 診療録の閲覧（閲覧希望日： 年 月 日～ 年 月 日）
- その他（ ）

【患者様に関する情報】 ※□にチェックを入れてください。

- 患者様 ID が判明している
- 患者様 ID が判明していない。

患者 ID について、該当する項目にチェックを入れること。

- * 内容に応じて、別途申請書類があります。申請を受けた後、総合臨床研修センターもしくは中央病歴室より連絡がありますので、予めご承知願います。
- * 退院時サマリ・診療録閲覧の際に転記等された個人情報の消去・管理については、申請者本人の責任により、徹底いただきますようお願いいたします。
- * 退院時サマリの写しを送付する場合は、患者様の個人情報は、特定出来る部分を黒塗りにしたものを送付しますので、ご承知願います。