

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(他院プログラム)

下記基幹病院の協力型病院である熊本大学病院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熊大病院での研修期間】

基幹病院研修プログラム名：

熊本大学病院での研修期間： 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

下記基幹病院の協力型病院である熊本大学病院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。

研修中もしくは修了した研修プログラム名及び熊大病院での研修期間を記入すること。

#### 【研修プログラム及び熊大病院での研修期間】

基幹研修プログラム名：●●病院プログラム●●

熊本大学病院での研修期間： ●●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。