患者情報院外使用について「ツカザキ病院情報システム管理規程」に基づき次のとおり申請します

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **所属部署** |  | **職員番号** |  |
| **氏名** |  | **連絡先** |  |
| **情報の内容** |  |
| **情報を保有している箇所** |  |
| **情報の年月日****（又は期間）** | □ 年 月 日のデータ□ 年 月 日から 年 月 日までのデータ |
| **情報の内容****（具体的に記載）** |  |
| **格納する媒体** |  |
| **情報の利用目的****（※院内利用を除き、個人情報削除を原則とする）** | □ 教育のため□ 研究のため □ 論文・学会発表等に利用する □ 各種専門医等申請に利用する（個人情報削除）□ 各種専門医等申請に利用する（個人情報は削除しない）□ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **情報の利用者・組織** |  | **代表責任者名** |  |
| **住所** |  | **連絡先** | Tel： |
| **情報の利用期間** | □提供を受けた時から 年 月 日まで□提供を受けた時から ヶ月 |
| **利用期間後の****処理及び方法** | □提供元へ返却□廃棄 □電子データの消去□破壊(シュレッダー・焼却等）□その他( )□保管 □自らのパソコン内ハードディスク□診療科等で管理しているパソコン内ハードディスク□外部記憶媒体で施錠できるキャビネット内□紙等（電子媒体以外）で施錠できるキャビネット内□その他( )□その他( ) |
| **保有期間** | 年 　　月まで |

個人情報保護担当者記載欄

上記記載の利用等の範囲内において情報の授受を許可する。

令和 年 　　月 　　 日

個人情報保護担当者　氏名及び印 (印)