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)