**診療情報の持ち出し申請書**

様式第２号

いわき市医療センター院長　殿

（西暦）　　　　　　　年　　　月　　　日

申請者氏名

現所属（医療機関等）

所属名

診療情報の持ち出しを申請いたしますので許可願います。持ち出す診療情報は、個人が特定できる情報を消去のうえ、自分の自己責任において適正に管理するとともに、保有する理由がなくなった場合には、全ての情報を消去または返却いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①いわき市医療センター  での所属（診療科） |  | |
| ②利用目的 | 資格取得　　　学会発表（症例報告　それ以外）  論文（症例報告　それ以外）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ③持ち出し内容 | ＜対象期間等＞ | |
| ＜持ち出し内容＞  退院時要約　　　手術記録  その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | ＜希望の媒体＞  電子媒体  紙媒体 |
| ④情報利用後の管理 | 返却　　消去　　保有  （保有する場合は、その目的・保有状況を下欄⑤に記入してください） | |
| ⑤保有の目的・保有状況 | ＜保有の目的＞ | |
| ＜保有状況＞（どのような情報をどのように保存するか） | |

※電子媒体による持ち出しを希望した場合のみ当センターよりＵＳＢメモリを貸与します。

※貸与したＵＳＢメモリは持ち帰れないため、申請者がデータ移動する端末をご準備くださるようお願いいたします。