

(様式 12)

閲覧申請書

令和 年 月 日

中津市立中津市民病院
院長 あて

医療機関の所在地
医療機関名
電話番号
FAX番号
登録医氏名 印

以下のとおり、中津市民病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧を申請します。

| |
|--|
| 閲覧を希望する記録 <input type="checkbox"/> 共同利用の実績 <input type="checkbox"/> 救急医療の提供の実績 <input type="checkbox"/> 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績 <input type="checkbox"/> 閲覧実績 <input type="checkbox"/> 紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者の紹介実績 |
| 備考 |

| |
|-------|
| 閲覧処理欄 |
|-------|

閲覧処理欄は記入しないでください。