

## 閲 覧 申 請 書

年 月 日

大崎市民病院長 様

登録医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ (印)

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

次の通り大崎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体制及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績 <input type="checkbox"/> その他	
備考	

※処理欄
------

※欄は記入しないでください。