市立福知山市民病院

施設・設備等共同利用及び諸記録閲覧申請書

Fax 送付先：市立福知山市民病院　地域医療連携室　0773-22-6334

※太枠内をご記入ください。　　申請日：令和　　年　　月　　日

医療機関名 （登録医）		
担当者氏名 （連絡先）		TEL： FAX：
利 用 日 時	令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分	
申請項目	（患者氏名：　　生年月日：　　） □　開放型病棟を利用した入院および病院主治医との共同診療 □　紹介患者の診療記録の閲覧 □診療記録の閲覧　□退院時要約の閲覧　□画像（CT/MR/シンチなど）の閲覧 □その他（　　）	
	□　図書室の利用 □閲覧　□文献検索 □　会議室・研修室の利用・・・・利用人数　　人 □第１会議室　□第２会議室　□第３会議室　□研修室 □　病院の管理運営に関する諸記録の閲覧 □共同利用の実績　□救急医療提供の実績 □地域の医療従事者への研修会の実績　□諸記録閲覧の実績	
利 用 目 的 （□に✓）	□診療　□医事業務、看護業務に必要　□研究・調査、症例検討 □会議、研修（テーマ等：　　） □その他（　　） ※資料等あれば添付してください	
許可書送付	返信 FAX 番号：	

市立福知山市民病院（担当：地域医療連携室）
〒620-8505　京都府福知山市厚中町 231 番地
TEL:0773-22-6329　FAX:0773-22-6334

病院使用欄（以下の欄には記入しないでください。）

※添付のとおり、共同利用を許可します。　　令和　　年　　月　　日

名誉院長	管理者	副院長	診療部長	事務部長	医事課長	地域医療連携室長	地域医療連携室	