

## 診 療 記 録 閲 覧 許 可 申 請 書

令和 年 月 日

大阪市立総合医療センター病院長 様

所 属 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
当院担当診療部長 \_\_\_\_\_

大阪市立総合医療センターにおける診療記録閲覧のため、下記のとおりご許可いただきますようお願いいたします。

1. 期 間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

2. 来院頻度 週・月に \_\_\_\_\_ 回程度

3. 退職年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

4. 在職時所属診療科 \_\_\_\_\_

5. 目 的

詳細に記入してください。（別紙添付でも可）

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....