申請日　　年　　月　　日

整理番号:

病院情報管理システム運用責任者　行

病院情報管理システム利用申請書

所属　　治験支援センター　　所属長の氏名　　㊞

記入者氏名　　連絡先
内線番号

記

利用開始欄	電子カルテ 申請の種類	☐ 新規登録　☐ 再利用　☐ 利用期間延長 ☐ 変更 （変更欄のみ記載してください）		
	カナ氏名		性別	☐ 男　☐ 女
	氏名		生年月日	西暦　　年　月　日
	社名		免許名称	
			免許番号	
	職種	治験モニター		
	利用開始日	年　月　日	終了予定日	年　月　日
	医事システム利用申請 ※医事システムを利用する場合は利用にチェック(レ)を記入して下さい。		☐ 利用	
変更欄	利用者番号		変更項目	☐氏名　☐その他(　　)
	変更前	フリガナ		
	変更後	フリガナ		

【注意】

1）新規登録者及び再利用者、利用期間延長者は
別紙「**病院情報管理システム利用誓約書**」に必ず本人が署名して、
本申請書と併せて提出してください。

2）利用開始日は、職員の場合は採用日、学生の場合は実習開始日を記入してください。利用終了日は、学生の場合は実習終了予定日を記入してください。

3）職員以外の診療従事者は、診療従事承認期間を記入してください。職員以外の診療従事者、学生、及び派遣職員は年度を超えて利用することはできません。

4）学生の場合は、免許番号欄には学籍番号を記入してください。事務職は空欄のままにしてください

5）所属長の印鑑は必ず押してください

処理日	処理	確認

Ver.R3.4.22