

記入例

病院情報システム利用申請書

年 月 日

所属長印				
利用申請者	所 属	先端医療開発センター		
	フリガナ		性 別	連 絡 先
	氏 名	Ⓜ		(内線 : 2090)

コメント [k1]: この様式はモニター様 1 名につき、1 部ずつの作成が必要です。複数試験のモニタリングを実施される場合でも、1 部の提出で結構です。

コメント [KG2]: この書式は手書きで記入をお願い致します。

コメント [k3]: 提出日を記入してください。

コメント [k4]: 押印不要です。

コメント [k5]: ※変更しないでください。

コメント [k6]: フリガナを記入してください。

コメント [k7]: 性別を記入してください。

コメント [k8]: 氏名を記入し、必ず押印をお願いします。

コメント [k9]: ※変更しないでください。

経営企画部長 殿

金沢大学附属病院情報システム利用等細則 第 6 条に基づき、下記のとおり利用の許可を申請します。

なお、病院情報システムの利用にあたっては、「金沢大学附属病院情報システム管理運用規程」及び「金沢大学附属病院情報システム利用等細則」を遵守することを誓います。

また、利用許可期間が過ぎた場合においても、職務上知り得た個人情報の開示、漏洩及び使用をしないことを約束いたします。

記

申請区分	① 申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(欄⑤に詳細を記入) <input type="checkbox"/> 再開 <input type="checkbox"/> 停止
	② 職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 研修医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> 生理検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学士 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 核医学技師 <input type="checkbox"/> 輸血部職員 <input type="checkbox"/> リハビリ療法士 <input type="checkbox"/> 病理部職員 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 医師事務補助 <input type="checkbox"/> 医事課職員 <input type="checkbox"/> 患者係 <input type="checkbox"/> 外来係 <input type="checkbox"/> 入院係 <input checked="" type="checkbox"/> その他職員 ()
	③ 開始日	年 月 日
	④ 利用者 ID	(新規時は電子計算機室にて採番)
	⑤ 備 考	

コメント [k10]: 新たに ID を取得する際は「新規」にチェックを入れてください。

コメント [KG11]: 治験終了または異動等により ID を削除する際は「停止」にチェックを入れてください。

コメント [KG12]: 変更しないでください。

コメント [k13]: ※記入は不要です。

コメント [KG14]: ※記入は不要です。

コメント [KG15]: 依頼者名(社名)を記入してください。

注 1) ①申請区分…「変更」の際はその詳細を⑤「備考」欄に記入すること。(異動先部署, 改姓後氏名等)

注 2) ④利用者 ID…①申請区分が「新規」以外の時、現在利用中、又は過去に利用していた ID を記入すること。注

3) 本申請書の承認後、申請者に対して利用者 ID 及び仮パスワードを通知いたします。

注 4) 本申請書は利用開始日の 2 診療日前までに電算室へ提出すること。(登録作業に 1~2 日必要となります)

以下 経営企画部 記入欄

上記のとおり承認する。			
年 月 日	経営企画部長	副部長	専門職員
経営企画部長 長瀬 啓介			担当者
受付日	年 月 日	処理日	年 月 日 Ⓜ