

※赤枠内を記載してください。

※必ず原本を郵送ください。

病院情報システム利用申請書

提出日を記載

20 23 年 4 月 1 日

所属長印				
空欄	※所属と連絡先は下記で固定			
利用者 申請者	所属	先端医療開発センター	生年月日 (和暦)	◎昭和 ○平成 50年 1月 30日
	フリガナ	センタン タロウ	性別	連絡先
	氏名	先端 太郎	男	(内線: 7403)

ご捺印お願いします。

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、下記の上記利用の許可を申請します。

なお、病院情報システム及び「金沢大学附属病院情報システム」をしないことを

①申請区分については「新規」または「再開」と「停止」の2種類作成し、提出をお願いします。

新規：当院で初めて利用される場合
 変更：パスワードを変更される場合
 再開：今までに当院の病院情報システムを利用されたことがある場合
 停止：利用を停止する場合

申請者 記入欄	① 申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更 (⑤備考に詳細を記入)	<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 type="checkbox"/> その他職員 ()			
	③ 開始日	20 年 月 日 空欄			
	④ 利用者ID	空欄 (新規時は電算室にて採番)			
	⑤ 備考	株式会社●●●			

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・ふりがな等)

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日必要です)。

注4) 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します。

以下 経営企画部 記入欄

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