

医療情報システム利用申請書

申請日

独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター
情報システム管理者 殿

令和 年 月 日

以下の通り、独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター医療情報システムの利用を申請します。
(権限の変更、利用停止、再開についてもこの様式を利用して申請します。)

※太枠内を記入してください

職場長
(診療科長)

申請区分 該当する番号に○をつけてください	1. 新規 ・ 2. 変更 ・ 3. 利用停止 ・ 4. 利用再開					
職員区分 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 派遣・委託 <input type="checkbox"/> その他 ()	生年月日		昭和 年 月 日 平成			
フリガナ	性別		男 ・ 女			
利用者氏名	所属部署					
所属	※所属が信州上田医療センター以外の方は下記に記入してください。 例：〇〇病院 〇〇科					
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 健診医師 <input type="checkbox"/> 研修医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> 看護学生 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 地域医療連携室 <input type="checkbox"/> 管理課 <input type="checkbox"/> 企画課 <input type="checkbox"/> 医事課 <input type="checkbox"/> 診療情報管理士 <input type="checkbox"/> 医師事務補助者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
連絡先	内線 ・ PHS ()		備考 (変更点等)			
利用者ID	← (新規、再開時は医療情報部担当者にて記入)		過去の採用 有無	有 ・ 無		
使用開始日	令和 年 月 日		使用終了日	令和 年 月 日		
注1) 申請区分…「変更」の際はその詳細を「備考」欄に記入すること。(異動先部署、改姓前後氏名等) 注2) 利用者ID…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) 使用開始日は、当センターへの採用日又は上記の職種に就いた日等を正確に記入すること。 注4) 本申請書の承認後、利用者に対して利用者ID及び仮パスワードを通知します。 注5) 本申請書は原則、利用開始日の7診療日前までに提出すること。						
申請者氏名					印	
(申請者自署の場合印鑑省略可)						

【以下 決裁欄】

上記の通り、承認する

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター
情報システム管理者
院長

院長	事務部長	医療情報部長	医療情報係長	担当者