様式1

医療情報システム利用申請書

申請日

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　殿

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	□常勤 □非常勤 □派遣･委託 □その他〔　　〕	**生年月日**	昭和／平成　年　月　日
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：○○病院　○○科		
職　種	□医師 □歯科医師 □健診医師 □研修医 □看護師 □看護助手 □看護学生 □学生 □薬剤師 □臨床検査技師 □診療放射線技師 □栄養士 □理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士 □臨床心理士 □臨床工学技士 □歯科衛生士 □地域医療連携室 □管理課 □企画課 □医事課 □診療情報管理士 □医師事務補助者 □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