（様式第１号）

　　　　　　年　　　　月　　　　日

総合医療情報システム利用資格申請書　（新規）

医療情報システム管理者　様

（医療情報部長）

所属名　　　　　　　臨床研究管理部

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　所属長氏名　　　　部長　　斎藤　純平　　　　　　　印

申請者名　　　　　　※入力不要※　　　　　　　　　　印

　（連絡先　　　内線　３７２５　）

　総合医療情報システムの利用資格について下記のとおり申請します。

　なお、システム利用にあたっては、福島県立医科大学附属病院総合医療情報システム運用管理要綱及び一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会が定める福島県医療福祉情報ネットワークシステム（キビタン健康ネット）に関する諸規定を遵守することを誓います。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  利用者氏名 |  | | | | |
| 申請理由 | 特定臨床研究の症例モニタリング実施のため | | | | |
| 利用開始  希望日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 職名・学年 | その他 | 利用者区分 | ※医師の場合記入してください | | |
| 職員番号 |  | 学生番号 |  | | |
| 麻薬  施用者番号 |  | | | | |

（医療情報部）記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  | 登 録 日 |  |
| 登録利用者  ＩＤ |  | 初　　　期  パスワード |  |
| 利用者区分 |  | 登録者名 | 印 |
| 備　　　考 |  | | |

※別に病院長承認を必要とする利用者（要綱第２０条第１項５号）の申請の場合には、総合医療情報システム利用資格交付依頼書（様式第７号）を添付すること。