

医療情報システム利用登録依頼書

提出年月日： 20 年 月 日

所 属 長 氏 名： 小 池 竜 司

※署名または記名・押印してください

依 頼 者 ふりがな：

氏 名：

連 絡 先： 4 5 7 5

私は、医療情報システムについて、下記のとおり登録を依頼します。

記

利用開始日	許可日	利用終了日	2025年3月31日
生年月日	西暦 年 月 日		
対象システム	<input checked="" type="checkbox"/> 医科電子カルテシステム <input type="checkbox"/> 歯科電子カルテシステム		
職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 研修医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師		
	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 臨床研修歯科医 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士		
	<input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 理学療法士		
	<input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士		
	<input type="checkbox"/> その他医療系職種（ ）		
	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 診療情報管理士 <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助者		
職種免許番号			
身 分			
職 員 番 号		学 籍 番 号	
利 用 者 I D 統 合 I D	(医科もしくは歯科にて電子カルテアカウントを所持している場合記載)		
所 属 診 療 科 ／ 部 門			
個人用予約枠 (医師)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
利 用 区 分	<input type="checkbox"/> 更新権限 <input type="checkbox"/> 参照権限		

※依頼者は下の欄に記入しないで下さい.....

医科 登録者	医科 確認者
20 年 月 日	20 年 月 日

歯科 登録者	歯科 確認者
20 年 月 日	20 年 月 日

医科 ID：

歯科 ID：