様式１

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： 　　　　　４５７５

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 | ２０　　年　　月　　日 | 利用終了日 | ２０　　年　　月　　日 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 対象システム | □医科電子カルテシステム　　　　□歯科電子カルテシステム | | |
| 職種 | □医師　　　　□研修医　　　　　□看護師　　　　□薬剤師  □歯科医師　　□臨床研修歯科医　□歯科衛生士　　□歯科技工士  □放射線技師　□臨床検査技師　　□臨床工学技士　□理学療法士  □作業療法士　□臨床心理士　　　□社会福祉士　　□管理栄養士  □その他医療系職種（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □事務　　　　　□診療情報管理士　　　□医師事務作業補助者  □クラーク　　　□その他事務系職種（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 職種免許番号 |  | | |
| 身分 |  | | |
| 職員番号 |  | 学籍番号 |  |
| 利用者ID  統合ID | （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） | □必要　　　　　□不要 | | |
| 利用区分 | □更新権限　　　□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：