様式２

医療情報システム利用登録変更依頼書

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：

所　　属：

連絡先： 　　　　　　4575

私は、医療情報システムについて、下記の事由が生じましたので提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼内容 | □変更　　□終了（停止）　　□再開 |
| 依頼事由 | □退職　□休職　□復職　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 事由開始日 | ２０　　年　　月　　日 |

下の欄は「依頼内容」欄が「変更」の方のみ記入して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| ふりがな |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 職種 |  |  |
| 職種免許番号 |  |  |
| 身分 |  |  |
| 所属診療科／部門 |  |  |
| その他 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 医科　登録者 | 医科　確認者 |
| 20　 年 　月 　日 | 20　 年 　月 　日 |

※依頼者は下の欄に記入しないで下さい・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科　登録者 | 歯科　確認者 |
| 20　 年 　月 　日 | 20　 年 　月 　日 |

医科ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歯科ID：