

附属病院統合医療情報システム利用申請書

申請日 年 月 日

筑波大学附属病院
医療情報部長 殿

(申請者)

(組織の長)

所属
氏名 (印)
(TEL /PHS)

所属
役職名
氏名 (印)

下記の通り筑波大学附属病院統合医療情報システムを利用したいので承認願います。

記

① 利用者氏名 (姓と名の間には空白をおく)

漢字氏名
カナ氏名

② 生年月日

西暦

③ 性別

1.男 2.女

④ 職種

名称

⑤ 所属部署 (診療グループ)

名称

⑥ 利用目的

⑦ 病院利用願申請 有 ・ 無

利用期間 ~

⑧ メールアドレス (WebMail) 利用希望 する ・ しない

注:利用対象者は、附属病院職員 (看護師、技師等)のみです。

*****: (以下は記入しないで下さい) *****

職種区分

名称
コード

有効期限 (西暦)
開始日 病院利用願申請

timesメール _____@times.hosp.tsukuba.ac.jp

終了日 病院登録医

利用者番号

パスワード

決 裁 欄

上記の者について筑波大学附属病院医療情報システムの利用を承認する。

承認年月日 年 月 日

医療情報部長	医療情報副部長	病院総務部長	医事課長	副課長	副課長 (医療情報)	医療情報担当	係
			合	総務課長	副課長	専門職員 (調査・評価)	調査・評価
			議			専門職員 (教育支援)	教育支援

附属病院統合医療情報システム利用申請書

記入例

申請日 年 月 日

筑波大学附属病院
医療情報部長 殿

診療グループ長の記入・捺印が必要となります(診療グループ長と連絡が取れない場合は、秘書の方にご相談ください。)

(申請者)

所属 〇〇〇内科
氏名 山田 太郎 (印)
(TEL /PHS)

(組織の長)

所属 _____
役職名 _____
氏名 _____ (印)

下記の通り筑波大学附属病院統合医療情報システムを利用したいので承認願います。

記

① 利用者氏名(姓と名の間には空白をおく)

漢字氏名

山	田			太	郎				
---	---	--	--	---	---	--	--	--	--

カナ氏名

ヤ	マ	タ		タ	ロ	ウ								
---	---	---	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

② 生年月日

西暦

1	9	6	0	0	1	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---

③ 性別

男	2.女
---	-----

④ 職種

名称

教授

⑤ 所属部署(診療グループ)

名称

〇〇〇内科

⑥ 利用目的

診療のため

⑦ 病院利用願申請 有・無

利用期間

~

⑧ メールアドレス(WebMail)利用希望 する・しない

注:利用対象者は、附属病院職員(看護師、技師等)のみです。

***** (以下は記入しないで下さい) *****

職種区分

名称

--

コード

--	--	--

有効期限(西暦) 開始日

--	--	--	--	--	--

--

 病院利用願申請

timesメール _____@times.hosp.tsukuba.ac.jp

終了日

--	--	--	--	--	--

 病院登録医

利用者番号

--	--	--	--	--	--

パスワード

--	--	--	--	--	--

--

決 裁 欄

上記の者について筑波大学附属病院医療情報システムの利用を承認する。

承認年月日 年 月 日

医療情報部長	医療情報副部長	病院総務部長	医事課長	副課長	副課長(医療情報)	医療情報担当	係
			合	総務課長	副課長	専門職員(調査・評価)	調査・評価
			議			専門職員(教育支援)	教育支援