（別紙様式第1号）　　第　　号

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
医療情報経営戦略部長　殿

（申請者）
所　属
◎氏　名　　㊞
（TEL　　/PHS　　）

（組織の長）
所　属　総合臨床教育センター
役職名　センター部長
氏　名　瀬尾恵美子　㊞

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　レジデント

⑤ 所属部署（診療グループ）

名　称

⑥ 利用目的

業務利用の為

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）＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

☐ 必要な提出書類（病院利用願い又はこれに類するもの、個人情報保護の誓約書等）の添付確認

職種区分

名　称

コード

timesメール　　@times.hosp.tsukuba.ac.jp

利用者番号

有効期限（和暦）

開始日

終了日

パスワード

病院利用願申請

病院登録医

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

医療情報経営戦略部長	医療情報経営戦略副部長	主幹	医療情報経営戦略担当	係