

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

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 附属病院
氏名 山田 太郎
(TEL /FHS)

印

(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 8 0 0 1 0 1

③ 性別

1.男 2.女

④ 職種

名称 病院講師

⑤ 所属部署(診療グループ)

名称 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) *****

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

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

Table with 5 columns: 医療情報部長, 医療情報副部長, 主幹, 医療情報担当, 係