

医療情報システム利用登録依頼書

提出日を記入

電子カルテを申請される場合は、
使用日の2週間前までに書類を提出してください。

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

依頼者名を記入

依 頼 者 ふりがな：

氏 名：

連 絡 先： 4 5 7 5

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	許可日	利用終了日	2024年3月31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 (モニター)		
職種免許番号	職種免許番号欄以下は記載不要です。		
身 分			
職 員 番 号		学 籍 番 号	
利用 者 I D 統 合 I D	(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		

歯科電子カルテ
閲覧希望の方は
チェックを入れて
ください。

※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 :