**ＩＤ・パスワード申請書（職員以外の利用時）**

医療情報管理室長　殿

以下のとおり、電子カルテを閲覧するにあたり、職員ＩＤとﾊﾟｽﾜｰﾄﾞの発行を申請致します。

申 請 日：　　　　　年　　　月　　　日

利用期間：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　（利用期間：申請者の申請時に想定される期間を記載すること　治験の契約期間ではありません）

＊治験依頼者は複数人での使用を不可とします

利用者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　カナ：（　　　　　　　　　　　　　　）

性別：　□男　・　□女　**【必須】**

利用権限：☑閲覧のみ　　□職種（　　　　　　　　　）と同様の権限

　　　　　　□上記以外（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

申請者名：　　髙田　慎也　　　　　　　　部署：（　　　　　治験管理室　　　　　）

申請理由：　　直接閲覧実施のため

＊実習生など、複数人で繰り返し使用する場合（治験依頼者は除外）は、申請者の管理及び責任の元、利用者が変更する度にパスワードを変更して利用してください。（利用氏名の記載は不要です）

＊発行されたＩＤ・パスワードが不要になった場合は、必ず管理課まで御連絡ください。

|  |
| --- |
| 承　認　欄 |
| 医療情報管理室長 | 医療情報管理室 | 管理課 |
|  |  |  |

管理課記載欄

ＩＤ・ﾊﾟｽﾜｰﾄﾞ作成日：平成　　年　　月　　日

ＩＤ・ﾊﾟｽﾜｰﾄﾞ作成者：

備考：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）