

電 算 機 利 用 申 請 書

高知大学医学部長 殿

このことについて、下記のとおり申請しますので、許可願います。

なお、利用にあたっては所定の事項を遵守します。

申請日	平成 年 月 日	利用開始希望日	平成 年 月 日				
申請内容 (○をつけ て下さい)	新規 変更 (再登録、改姓 [旧姓:], 所属、職種、利用内容、その他) 削除 (ICカードの返却 有・無)						
所属長印	所属科・部局名	フリガナ					
		氏名	Ⓜ				
		連絡先	PHSまたは内線番号 ()				
パスワード	フリガナ (例: 伊 藤 健 一 小 林 大 輔 英 字 氏 名)						
	(例: 1 1 0 0 0 q) 本人指定で6ケタの英数でご記入ください。						
保険医登録番号	有 ・ 無	利用 内容	サインオン ID と IC カード				
麻薬施用者番号	有 ・ 無		IC カード のみ ※				
職 種 (○をつけて下さい)							
医 師	医師、歯科医師、研修医、その他 ()						
看 護	看護師、助産師、看護助手、その他 ()						
医 療 技術者	臨床検査技師、放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、管理栄養士・栄養士、 薬剤師、臨床工学技士、機器操作員 (材料部)、調理師、その他 ()						
外 来 技 師	視能訓練士、聴力・平衡機能検査士、歯科衛生士、歯科技工士、臨床心理士、 その他 ()						
事 務	医事課、診療情報管理士、MSW、委託 (), その他 ()						
教 育	医学科、看護学科、その他 ()						
学 生	医学科、看護学科、大学院、研究生、その他 ()						
利用目的: 下記の業務を行う							
システム名	利用申請 (希望システムに ○をつけて下さい)	職種別一般例 (○=登録可能)					
		医師	看護	医療 技術者	外来 技師	事務	教育 学生
I M I S		○	○	○	○	○	○
看護勤務管理システム			○				
物流システム		○	○	○		○	
医事会計システム		治験、外来、入院、収納債権、審査、統計、加室、 診療情報管理室、参照用、ソーシャルワーカー、病院総合案内					
ICカードのみ		(*:必要理由)					

医学情報センター 記入欄	センター長	准教授・講師・助教	専門員	係長	専門職員	主任	担当者
	職員コード				医師番号		
	保険医登録番号				麻薬施用者番号		

(登録日 年 月 日)