

# 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。利用にあたっては所定の事項を遵守します。

申請日	年 月 日	利用開始希望日	年 月 日		
申請内容 (○をつけ てください)	新規 変更・再登録・改姓〔旧姓： 〕・所属・職種・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	印		
		連絡先	PHSまたは内線番号( )		
パスワード	フリガナ(例：伊 藤 ゼロ 小 大 英 英)				
	(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	ユーザ ID		
麻薬施用者番号	有 ・ 無		と IC カード		
IC カードのみ					
職 種 (○をつけてください)					
医 師	・医師 ・歯科医師 ・リハ医師 ・研修医 ・その他( )				
看 護	・看護師 ・助産師 ・特定看護師 ・看護助手 ・その他( )				
医 療 技 術 者	・薬剤師 ・臨床検査技師 ・放射線技師 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・歯科衛生士 ・歯科技工士 ・管理栄養士 ・調理師 ・臨床心理士 ・臨床工学技士 ・視能訓練士 ・聴力平衡機能検査士 ・精神保健福祉士 ・機器操作員 ・その他( )				
事 務	・医事課 ・会計課 ・診療情報管理士 ・治験コーディネーター ・遺伝カウンセラー ・MSW ・医療秘書 ・医師事務作業補助者 ・クラーク ・医療補佐員 ・業務委託( ) ・その他( )				
教 育 職 員	・医学科 ・看護学科 ・その他( )				
学 生	・医学科 ・看護学科 ・大学院生 ・研究生 ・実習生(所属機関： )				
本 学 在 籍 者 以 外	所属機関：( ) 職種：( ) 利用終了日：( 年 月 日) 理由：・研究実施のため(研究名： ) ・各種データベース登録/申請のため ・治験研究依頼者(治験研究名称： ) ※利用は最長申請年度末日(1~3月申請時は翌年度末日)まで、再申請による更新可。				
医学 情報 センター 記入欄	センター長	教 員	事務職員	派遣・委嘱職員	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 )

※各欄の押印は自署の場合は不要です。

【2022年4月版】