別紙様式１

病院情報システム利用申請書

病院情報システム運用責任者　医療情報管理部長　殿

下記のとおり名古屋医療センター病院情報システムの使用を申請します。

記

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　年　　月　　日

フ　リ　ガ　ナ

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　性別　男　女

生年月日　　　　大正・昭和・平成　　　　年　　月　　日

職種　（研修医、等）

所属（○○病院△△科、等）

所属住所（当院と異なる場合）

連絡用電話番号　　　（　　）　　　　　　　　　　連絡用E-mail:

使用開始予定日

以前当院の病院情報システムを使用し、ログインIDがある場合はそのID：

その他

臨床研究課題名：

臨床研究申請責任者名：

－－－－－－－－－－　（以下医療情報管理部にて記載。）　－－－－－－－－－－

名古屋医療センター病院情報システムの利用を許可します。

　利用者氏名：（　　　　　　　　）　　　　　利用者ＩＤ：（　　　　　）

　登録許可日：　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　医療情報システム運用責任者　医療情報管理部長

別紙様式２

　病院情報システム利用誓約書

医療情報システムの利用にあたっては，「名古屋医療センター病院情報システム運用管理規程」を遵守することを誓います。

なお，使用許可期間が過ぎた場合においても，職務上知り得た個人情報の開示，漏洩及び使用をしないことを約束いたします。

また，個人情報漏洩を行い又は加担した場合は，関連法規に則り刑事告発又は国立病院機構および名古屋医療センターの規程による処分を受ける場合があることを了解いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

医療情報システム管理責任者

　　名古屋医療センター院長　殿

　　　　　　　　利用者所属

　　　　　　　　利用者氏名　　　　　　　　　　　　印