|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療情報システム利用者マスタ登録申請書**    　　　医療情報部長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　日  　　　　　　　　　　　　　責任者　 所　属  役　職  氏　名　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 男  ・  女 | | 生年月日 | | | |
|  | 臨床 | | | | | | | | | 西暦  　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 利用者番号  （新規は記入不要） | C | S | 0 | | 0 | 0 | 0 | |  | |  | 申請内容(　　　年　月　日より)  ↓○を付けて下さい | | | |
| 新規利用 | 変　更 | 再発行 | 削　除 |
| 職　　　種  (○を付けて下さい) | 医師（常勤　非常勤　レジデント　研修医　研修生）  歯科医師（常勤　非常勤　レジデント　研修医　研修生）  看護師　　薬剤師　　検査技師　　放射線技師　　理学療法士  歯科技工士　　歯科衛生士  事務員　　その他（臨床研究の研究責任者が指定した者） | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属部署 | 科・部 | | | 病　棟 | | | | 内線番号 | | | | 備　　　　考  臨床研究の主幹校がモニタリングをする際に閲覧専用で使用します。  依頼元：  閲覧者：  閲覧予定日：　　　年　月　日  有効期限　：　　　年　月　日  研究課題No：  研究課題名： | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |

**※以前マスカットIDを取得された方（学生含む）は、「再発行」で申請してください。**

**改姓の場合は、旧姓を備考欄に記載してください。**

**※利用者ごとに「初期パスワード」を採番し、利用者マスタ登録承認書にてお知らせしますので、各自でパスワードを変更してください。**

**パスワードは英数混じりの８桁以上、英字は大文字で設定してください。**