

平成 年 月 日

## 病院情報管理システム認証ID申請書

病院長 殿

1. 氏名	フリガナ	ダイガク イチロウ (トトリ)
	漢字	大学 一郎 (鳥取) ← ( )内は社名の通称を記載してください 例えば、鳥取大学医学部附属病院→(鳥取) など
	ローマ字	Daigaku Taro (tottori)
2. メーカー名	〇〇株式会社 △△部 所在地 鳥取県米子市西町36-1 連絡先: TEL ( 0859 ) 38 - 6946	
3. 職種	モニター	
4. 申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 契約等 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input checked="" type="checkbox"/> 削除 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 改姓 <input type="checkbox"/> 契約終了 <input type="checkbox"/> 権限削除	
5. システム認証ID	_____ (空欄のままで) (※新規契約者は記載不要)	
6. システム認証パスワード	_____ (8文字以上、英字:大文字、小文字、数字を必ず含む) (※8文字以上、英字:大文字、小文字、数字を必ず含む)	
7. 適用年月日	平成 年 月 日 ←空欄のままで	

### 【留意事項】

※1~7の該当箇所に記入してください。

※申請区分に該当する事項が発生した時は、必ず本書により手続きを行って下さい。

提出先: 鳥取大学医学部附属病院新規医療研究推進センター

※新規医療研究推進センターより医療情報部に手続きいたします。