**病院情報管理システム利用終了・登録内容変更申請書**

２０　　　年　　　月　　　日

病　　院　　長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

利用者番号

（身分証明書番号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

（内線又はPHS）

病院情報管理システムの利用について，下記のとおり申請します。

記

１　　利用終了・利用中止

理　由：

利用終了・利用中止年月日　　　　　　　　　　　　　　　２０　　　年　　　月　　　日

２　　登録内容変更（所属・身分・改姓等）

変更前：

変更後：

変更年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２０　　　年　　　月　　　日

※１記入上の注意　　　日付は全て西暦で記入してください。

※２利用目的　　　　　本届に記載された事項は、病院情報管理システムの利用許可内容を変更するために使用します。

　＜所属長承認＞

上記のとおり申請することを承認します。　　　　　　　　　　　　２０　　　年　　　月　　　日

　 所属 　臨床研究連携推進部　　職名 　部長　　氏名 　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 医療情報確認欄 | |
| 作業者 | 確認者 |
| 日付・サイン | 日付・サイン |