

院長	副院長	統括診療部長	臨床研究部長	事務部長	看護部長	薬剤部長	治験主任

独立行政法人国立病院機構下志津病院

治験管理室病院情報システム利用許可申請書

独立行政法人
国立病院機構下志津病院長 殿

年 月 日

申請者：職名 氏名 印
(治験責任医師)

下記の者の独立行政法人国立病院機構下志津病院病院情報システムの利用許可申請を承認願います。

誓約書

私は、独立行政法人国立病院機構下志津病院情報システムを利用に当たり、病院情報システムの利用を伴う直接閲覧等の受入れに関する標準業務手順書に従い、業務を行うことを誓います。

フリガナ
利用者氏名： 印

.....

生年月日： 年 月 日

会社名：

所属：

連絡先： TEL ()

利用期間： 年 月 日 ～ 年 月 日
(利用期間を延長する場合、改めて申請書をご提出ください)

許可権限名 ※：	
----------	--

※は記入しないで下さい。

許可日： 年 月 日