

病院情報システム診療系端末利用申請書【臨床研究（治験を含む）専用】

東京大学医学部附属病院院長殿

病院情報システムの利用について下記のとおり申請します。なお、利用に際しては東京大学医学部附属病院総合医療情報システムの管理・運用に関する内規、関係法令を遵守し、利用上の責任を負うことを誓約します。

提出先：管理・研究棟4階 企画情報運営部事務室（内線 35245）

部科名	臨床研究推進センター	運用責任者名 副科（部）長以上の役職者	印
-----	------------	------------------------	---

※臨床研究推進センターの運用責任者の承認がない場合は、登録できませんのでご了承ください。

区分	新規・継続・廃止	申請年月日(西暦)	年 月 日
----	----------	-----------	-------

利用開始年月日(西暦)	年 月 日
利用終了年月日(西暦、最長で年度末まで)	年 月 日
使用中の利用者 ID（新規は記入不要）	

整理番号		
目的	モニタリング ・ 監査 ・ 実地調査	いずれかを○で囲む。

氏名	姓	名	本人が自署のこと		
フリガナ					
漢字					
生年月日(西暦)		年	月	日	西暦で記入
所属					

廃止の場合は以下記入不要です。

性別	M（男） ・ F（女）	MまたはFを○で囲む。
資格区分	009.臨床開発モニター	
職制区分	071.企業派遣者	
担当職員氏名		担当CRC氏名など
院内PHS番号		院内PHSを貸与されている方は必須
内線番号		業務上の連絡がとれる内線番号を記入してください

所属（担当部科）	93:臨床研究推進センター
----------	---------------

この申請で発行される利用者IDは、臨床研究（治験を含む）専用です。
利用者IDは本人限定で交付します。

（事務室記入欄）			
----------	--	--	--