

新規申請

病院情報システム診療系端末利用申請書（治験モニター専用）

東京大学医学部附属病院長 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、関係法令等を遵守し、利用上の責任を負うことを誓約します。

記載不要

新規を○で囲む

提出先：管理・研究棟4階 企画情報運営部事務室（内線 35245）

臨床研究支援センター	運用責任者名 副科（部）長以上の役職者 （事務部の場合は課長）	印
------------	---------------------------------------	---

※臨床研究支援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	<input checked="" type="radio"/> 新規・ <input type="radio"/> 継続・ <input type="radio"/> 廃止	申請年月日	年 月 日
----	---	-------	-------

利用開始年月日	年 月 日
利用終了年月日	201●年 3月 31日
使用中の利用者 ID（新規は記入不要）	

・利用終了年月日：本年度の3月31日（但し、本年度の3月31日以前に利用終了する場合は、その日を具体的に記載しても可。）

治験整理番号	
--------	--

自署で記載。

氏名	姓	名	本人が自署のこと
カタカナ			
漢字			
生年月日	1 9	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	<input checked="" type="radio"/> M（男） ・ <input type="radio"/> F（女）	MまたはFを○で囲む。
資格区分	009.治験モニター	
職制区分	071.企業派遣者	
担当職員氏名	担当 CRC 氏名など	
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。	
院内 PHS 番号	院内 PHS を貸与されている方は必須	

CRCが記載

所属（担当部科）	93: 臨床研究支援センター
----------	----------------

継続申請

病院情報システム診療系端末利用申請書（治験モニター専用）

東京大学医学部附属病院長 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、関係法令等を遵守し、利用上の責任を負うことを誓約します。

記載不要

提出先：管理・研究棟4階 企画情報運営部事務室（内線 35245）

継続を○で囲む

臨床研究支援センター	運用責任者名 副科（部）長以上の役職者 （事務部の場合は課長）	印
------------	---------------------------------------	---

※臨床研究支援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	<input checked="" type="radio"/> 新規 <input checked="" type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 廃止	申請年月日	年 月 日
----	--	-------	-------

利用開始年月日	2016年4月1日
利用終了年月日	2017年3月31日
使用中の利用者ID（新規は記入不要）	

- ・利用開始年月日：当該年の4月1日
- ・利用終了年月日：次年の3月31日
（但し、終了日は実際の廃止予定日が翌年度中で確定していればその日を具体的に記載しても可。）

例)2016年度の使用であれば、
2016年4月1日～2017年3月31日

自署で記載。

治験整理番号								
氏名	姓	名	本					
カタカナ								
漢字								
生年月日	1	9	年		月		日	西暦
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.治験モニター			
職制区分	071.企業派遣者			
担当職員氏名	担当 CRC 氏名など			
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。			
院内 PHS 番号	院内 PHS を貸与されている方は必須			
所属（担当部科）	93: 臨床研究支援センター			

CRCが記載