

# 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。

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	新規・継続・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	年 月 日
使用中の利用者 ID（新規は記入不要）	

治験整理番号	
--------	--

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
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
----------	----------------

この申請で発行される利用者 ID は、治験モニター専用です。

利用者 ID は申請の翌営業日以降、本人限定で交付します。（登録完了後、受取方法を学内便で送付します）

（事務室記入欄）			
----------	--	--	--