

東京病院電子カルテシステム利用申請書

独立行政法人国立病院機構東京病院
院長 松井弘稔 殿

私は、独立行政法人国立病院機構東京病院において直接閲覧を伴うモニタリング業務及び監査業務を行う者として、貴院の患者及び職員の個人情報の保護にあたり、関係する法令並びに院内規則を十分に理解しこれを遵守し、利用上の責任を負うことを誓約いたします。

(西暦) 年 月 日

(所在地) 〒 -

(申請事業者名・
所属部署等)

(連絡先電話番号)

(西暦) 年 月 日 (性別) 男・女

(フリガナ)

(氏名) _____ 印

楷書で明瞭に自署のこと

利用者 I D (既交付の場合のみ)

利用申請期間 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

治験契約番号

治験依頼者 (申請事業者と異なる場合のみ)

その他付記事項

(以下は病院担当者記入欄)

治験管理室 確認日・確認者	情報管理室確認	職業資格区分	所属	登録済確認
		追加情報		