**医療情報システム利用申請書**

治験事務局長　殿

　下記のとおり独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター医療情報システムの使用を希望します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 会 社 名 |  |
| 使 用 日 |  |
| 開始時刻 |  |
| 終了時刻 |  |

-----------------------------------------（以下治験事務局が記載）------------------------------------

国立病院機構鳥取医療センター医療情報システムの利用を許可します。

利用者氏名 ：（　　　　　　　　　）

利用者ID ：（　　　　　　　　　）

パスワード ：（　　　　　　　　　）

治験事務局長

**医療情報システム利用誓約書**

　医療情報システムの利用にあたっては、「独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター医療情報システム運用管理規定」を遵守することを誓います。

　なお、使用許可期限が過ぎた場合においても、職務上知り得た個人情報の開示、漏洩及び使用しないことを約束いたします。

　また、個人情報漏洩を行い又は加担した場合は、関連法規に則り刑事告発又は国立病院機構等の規定による処分を受ける場合があることを了解いたします。

西暦　　　年　　　月　　　日

医療情報システム管理責任者

国立病院機構鳥取医療センター院長　殿

利用者所属

利用者氏名