

病院情報システム操作者資格申請書 (停止)

年 月 日

医療情報部長様

所 属 臨床研究・イノベーション推進センター
所属運用管理者氏名

印

下記のとおり、病院情報システム操作者資格の停止を希望しますので、よろしくお願
いたします。

記

1. 利用者番号

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

2. (フリガナ)

氏 名

3. 生年月日

1	9			年			月			日
---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---

4. 性別

男	女
---	---

5. 使用停止日

2	0			年			月			日停止
---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	-----

受付日	年 月 日	受付番号	
-----	-------	------	--