

オーダーリング I D ・ パスワード申請書

新潟県立がんセンター新潟病院
オーダーリングシステム委員長 殿

治験依頼者名：

治験薬成分記号又は治験薬コード：

下記のとおり、オーダーリングに関する I D ・ パスワードの交付を申請いたします。

平成 年 月 日

(申請者記入欄)

ふりがな 申請者氏名		所属 職名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
申請理由 <input type="checkbox"/> 治験のモニタリング・監査を行う際に、オーダーリング画面より、患者のスケジュール・検査・画像の管理や確認を必要とするため <input type="checkbox"/> その他 ()			

誓約書

新潟県立がんセンター新潟病院長 殿

治験依頼者名：

治験薬成分記号又は治験薬コード：

使用者所属・職名：

氏名： 印

下記のID・パスワードを使用するにあたり、知り得た個人情報・法人機密情報が第三者に漏洩することがないように、これらの情報の保護義務を遵守することを誓約いたします。

平成 年 月 日

(新潟県立がんセンター新潟病院記入欄)

利用者ID	パスワード
-------	-------

注意事項

1. ID・パスワードの有効期限は、契約終了までとする。
2. ID・パスワードは、申請者以外の者が使用することはできない。
3. 本申請書にてお預かりした個人情報については、当院の個人情報保護取扱要領に基づき安全かつ適正に管理させていただきます。