

赤枠内を記載・捺印のうえ提出してください。

情報システム室承認

ICカードについての依頼書

受付日	令和 年 月 日								
<input type="checkbox"/> 所属 <input type="checkbox"/> 企業名					連絡先				
申請者	(印)				責任者	(印)			
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 抹消	【理由】								
ICカード 黒枠は必須項目です									
	所属	職員ID※2	氏名	ふりがな	資格NO	PHS※3	生年月日 (西暦)※4	性別	資格※5
旧カード情報 ※1									

※1 変更(姓の変更等)のみ記入 ※2 IIMSユーザー登録のみ記入 ※3 院内情報WEBに載せるPHS番号
 ※4 IIMSユーザー登録者のみ ※5 医療局・看護局・医療技術局のみ記入

check欄	受取印	受取日	請求確認	区分	枚数	請求金額
		/		新規	枚	¥
				再利用	枚	¥

企業団 決裁欄	合議 (医事・業務)	総務課長	課長補佐	チーフ	担当者