別紙3

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		
□ 所 属 □ 企業名		連絡先	
申請者	印	責任者	印
□ 新規 □ 変更 □ 紛失 □ 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	