

平成 年 月 日

IDカード登録・抹消・再発行手続き申請書

九州大学病院長 殿

申請者氏名 _____ 印

診療科名等				診療科長名等	印
身 分		フリガナ		内 線	
ID番号(※)		氏 名		性 別	
期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで				
申請理由	いずれかに○をし、必要事項を記入してください。 1. 本院への転入(新規採用等) 2. 本院内異動(診療科等変更) 3. 身分の変更(現在の身分: _____ → 新規の身分: _____) 4. 破損 5. 紛失 6. 改姓 (旧姓: _____) 7. その他 (_____) (※) 2~6の場合のみ、ID番号(IDカードの名前の下にある9ケタの番号)を記入すること。				

○ 注意事項

1. 診療科長名等の欄には、IDカード発行申請に関する責任者の方をお願いします。
2. 身分は科長、部長、教授、准教授、講師、助教、医員、研修医、大学院生、
研修登録医、看護部長、副看護部長、看護師長、副看護師長、看護師、助産師、
看護助手、臨床検査技師、放射線技師、ME技師、技術職員、事務職員、
補佐員、業者等を記入してください。
3. IDカード受領後、各自で写真を貼付してください。
4. IDカードは、電子錠の開閉の日時・場所及びIDカードの登録者を記録しています
ので、使用時には十分ご注意ください。
5. 本院からの転出者及び破損者は、お持ちのIDカードを施設管理係へ
返却してください。

受領日	年 月 日	受領者	印
-----	-------	-----	---