平成　　年　　月　　日

企画情報運営部長　殿

　　　　　科（部）長　　　　　　印

診療端末の利用許可について（要望）

職務上診療端末の使用が必要となりますので、下記の者に対して診療端末の利用を許可していただけるようお願いします。

利用者所属・職名：

利用者氏名：

研究で診療端末の利用が必要な理由：（※出来るだけ具体的に記入してください）

利用者連絡先：