

利用申請書は SMUD(血液)システムと SMUD(非血液)システム共通です。  
同一の方が両システムを使用する場合にも、本利用申請書を1回だけご提出ください。

## SMUD 利用者の ID 申請書

NPO 日本医薬品安全性研究ユニット (SMUD 事務局) 久保田潔 殿

SMUD の利用 ID を申請いたします。

申請年月日: 20 年 月 日

(フリガナ)

申請者氏名: (姓) (名)

医療機関名:

所属部署名(診療科):

〒  
住所:

所属先電話番号: FAX 番号:

連絡先メールアドレス: @

連絡先メールアドレス(確認用): @

◎SMUD 責任者の署名・捺印 → 責任者申請をされる方についても、ここに責任者ご自身で署名・捺印してください。  
その他の場合は必ず責任者の方に署名・捺印していただいでください。

SMUD 責任者: 印

◎ご希望の SMUD 利用者 ID 名:  
ご希望の ID 名を第3希望まで記載してください。  
※8文字以上のアルファベットの大文字と小文字の組み合わせとします(@や、等の記号や符号は含めないでください)

1.

2.

3.

本申請書を郵送または FAX して下さい。  
事務局で受け付けした後、SMUDID 及びパスワードを診療科の SMUD 責任者に郵送します。

**SMUD のご利用に際しては下記への同意が必要です。ご同意いただける場合は口欄にチェックをお願いします。**

【個人情報の取扱いについて】

- ご記入いただいた住所・氏名・電話番号・メールアドレス等の個人情報は、SMUD の利用登録、SMUD 事務局からの重要なお知らせおよび利用者本人からのお問い合わせへの対応にのみ利用します。
- 取得した個人情報は、あらかじめ利用者本人の同意を得ないで第三者に提供することはありません。
- 取得した個人情報に関しての、利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去および第三者への提供の停止の請求については、NPO 日本医薬品安全性研究ユニット 個人情報保護方針(<http://dsrujp.org/privacypolicy.html>)に定める手順より対応します。

[個人情報保護管理者: 久保田潔]

【個人情報の取扱いについて】に同意し、利用申請します

SMUD 事務局(日本医薬品安全性研究ユニット内)  
〒113-0034 東京都文京区湯島 1-2-13-4F

FAX: 03-3256-9171