**湘雅医学大数据系统使用申请/审批表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 系统名称 | 数据检索平台 | | |
| 申请人 |  | 职务职称 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮箱 |  |
| 申请单位 |  | 所在地址 |  |
| 经办人 |  | 职务职称 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮箱 |  |
| 申请理由 |  | | |
| 申请人承诺 | 1. 保证所填写内容的真实性。 2. 已经认真阅读《湘雅医学大数据使用承诺书》，同意其中所有条款，并保证按此执行。   申请人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 | | |
| 申请者所在单位意见 | 我单位监督并保证用户遵守《湘雅医学大数据使用承诺书》，且按其中要求使用平台和数据。  负责人（签字） ： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位（盖章） 年 月 日 | | |
| 医院管理处审批意见 | 审核意见：  医院管理处（签字/盖章）： 年 月 日 | | |
| 备注 |  | | |

注：1. 获得授权的申请人需签署一式四份的《湘雅医学大数据使用承诺书》并保证认真按协议内容履行。

2. 申请人和经办人进入湘雅医学大数据安全应用实验室前需提交白底1寸照片（电子版），用于实验室出入信息采集。

3. 本申请/审批表一式四份，留个人、所在单位、大数据研究院、医院管理处各一份。