

1 番目の画面

新規利用申請書の作成に必要な情報を入力します。
電子メールアドレスの間違いに注意してください。

受信トレイ (304) - kiuchi8818@gm... EPOC2 利用申請

center7.umin.ac.jp/cgi-open-bin/epoc2_sinsei/shinki/input.cgi

アプリ

EPOC2 新規申請

年度	2020		
プログラム基本情報			
臨床研修指定病院名 (必須)	UMIN病院	正式名称を入力してください。	
病院長名 (必須)	遊民太郎	フルネームを入力してください。	
研修プログラム責任者名 (必須)	東大次郎	フルネームを入力してください。	
住所	郵便番号 (必須)	113-8655	[郵便番号] は、『113-8655』のようにハイフンも入力してください。
	都道府県 (必須)	東京都 ▼	
	市町村名番地等 (必須)	文京区本郷 7 - 3 - 1	
施設区分 (必須) (必須)	一般病院 ▼		
連絡担当者	氏名 (必須)	本郷三郎	フルネームを入力してください。
	所属・職名等 (必須)	臨床研修係長	
	電話番号 (必須)	03-5689-0726	半角数字で入力してください。
	FAX番号		半角数字で入力してください。
	電子メールアドレス (必須)	tak-kiuchi@umin.ac.jp	半角英数字で入力してください。
	支払元口座名義人カナ (必須) ※入金確認の際に必要となります	イリョウホウジンユーミンカイユーマンビョウイ	支払元の口座名義人カナで使用できる文字は以下の通りです。 全角カタカナ 半角英数(A~Z, 0-9) 右記の特殊文字:() () . - /
施設を表す英字略称 (必須)	uminh <input type="button" value="利用できるか確認"/>	半角英字3文字以上、6文字まで入力可能。	
申請情報			
* 臨床研修予定の研修医数入力上の留意事項 臨床研修予定の研修医数 (必須)	12	半角数字3桁まで入力可能。	

2番目の画面

申請書を

- 1) 印刷、
- 2) 捺印、
- 3) 郵送してください。

印刷、捺印の上、
郵送することによって
申請手続きが終了します。

EPOC2 新規申請

利用申請書をEPOC事務局へ提出しないと申請は完了いたしません

以下の手順に添って申請をお願い致します。

1. 申請書を今すぐ印刷してください。

申請書印刷

印刷できない場合には、[利用申請番号：S0001235]と[申請年度：2020]を記載の上、下記お問い合わせフォームよりお問い合わせください。

お問い合わせフォームを別画面で開く

2. 申請書が印刷できましたら、所定欄に捺印してください。
捺印がないと、利用申請は無効です。
3. 必ず郵送でEPOC事務局までご送付ください。
2枚目に送り状がございますので、ご利用ください

閉じる

申請書印刷を押下されると、「閉じる」ボタンを押下できるようになります

申請

3番目の画面

自動生成された
新規利用申請書を
印刷します。

プリンターが接続さ
れていない場合や印
刷がうまくいかない
場合、ブラウザの
画面をディスクの保
存、MS-Wordの
カット・アンド・
ペーストする等によ
って、

M 受信トレイ (304) - kiuchi8818@gm x | EPOC2 利用申請 x | EPOC2申請書 x +

center7.umin.ac.jp/cgi-open-bin/epoc2_sinsei/shinki/print_html.cgi

EPOC2 新規利用申請書

印刷

EPOC 運営委員会委員長・事務局殿

UMIN病院
〒113-8655
東京都文京区本郷7-3-1
東大次郎

印

臨床研修の実施にあたり、オンライン臨床教育評価システム (EPOC2) の利用を申込みます。EPOC2 を利用するにあたり、下記の事項を遵守することに同意致します。

記

1. EPOC2 新規利用申請データの内容

データ項目	入力欄	
利用申請番号	S0001235	
申請年度	2020	
臨床研修指定病院名	UMIN病院	
病院長名	遊民太郎	
研修プログラム責任者名	東大次郎	
住所	東京都文京区本郷7-3-1	
施設区分	一般病院	
臨床研修予定の研修医数	12	
連絡担当者	氏名	本郷三郎
	所属・職名等	臨床研修係長
	電話番号	03-5689-0726
	FAX番号	