

## 新規アカウント登録依頼書

令和 年 月 日

① 医療機関・所属事業所情報 ※法人の場合は法人名もご記入ください

(フリガナ)	イリョウハウジン●●カイ ●●クリニック		
医療機関・事業所名 (法人名等)	医療法人●●会 ●●クリニック		
(フリガナ)	センダイ イチタロウ		
管理者名・職種	川内 一太郎	印 (職種)	医師
住所	〒895-0076 薩摩川内市大小路町●●—●●		
電話番号	△△-△△△△		
主な窓口担当者 (医師補助等含む)	川内一太郎	・	医師会花子
所属機関アカウント 取得	(要) 不要		
所属機関アカウント	記入不要	パスワード	記入不要

- ・アカウント/パスワード発行後、コピーをお渡しします。パスワードは定期的に変更をお願いします。
- ・個人アカウントの発行を希望する場合は、様式 2-2 についても記入をお願い致します。

## &lt;参考&gt;

所属機関 アカウント	訪問看護ステーション等、患者情報を全員で把握する等の使い方ができます。個人名が表示されないで所属機関の誰が閲覧したか、わかりにくいという点もあります。書き込みの際は、文章の最後に担当者を書き込むことで誰が記載したのかが分かります。
個人 アカウント	医師、ケアマネジャー等、担当患者が決まっている場合にお使い頂けます。アカウントとパスワードは個人で管理をお願い致します。

記入後、下記まで郵送またはご持参ください。

〒895-0076 薩摩川内市大小路町 70-26  
川内市医師会在宅医療支援センター宛  
TEL : 0996-22-4021 (担当 : 田中・森園)