

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。

医療機関・事業所名	医療法人●●会 ●●クリニック
-----------	-----------------

②個人アカウント登録者の情報

1	(フリガナ) センダイ ニタロウ	利用者間メール	在宅医療支援センター記入
	(氏名) 川内 二郎	<input type="checkbox"/> 利用する	個人アカウント：記入不要
	(職種) 退院支援担当者	<input type="checkbox"/> 利用しない	個人パスワード：記入不要
2	(フリガナ)	利用者間メール	在宅医療支援センター記入
	(氏名)	<input type="checkbox"/> 利用する	個人アカウント：記入不要
	(職種)	<input type="checkbox"/> 利用しない	個人パスワード：記入不要
3	(フリガナ)	利用者間メール	在宅医療支援センター記入
	(氏名)	<input type="checkbox"/> 利用する	個人アカウント：記入不要
	(職種)	<input type="checkbox"/> 利用しない	個人パスワード：記入不要
4	(フリガナ)	利用者間メール	在宅医療支援センター記入
	(氏名)	<input type="checkbox"/> 利用する	個人アカウント：記入不要
	(職種)	<input type="checkbox"/> 利用しない	個人パスワード：記入不要
5	(フリガナ)	利用者間メール	在宅医療支援センター記入
	(氏名)	<input type="checkbox"/> 利用する	個人アカウント：記入不要
	(職種)	<input type="checkbox"/> 利用しない	個人パスワード：記入不要
6	(フリガナ)	利用者間メール	在宅医療支援センター記入
	(氏名)	<input type="checkbox"/> 利用する	個人アカウント：記入不要
	(職種)	<input type="checkbox"/> 利用しない	個人パスワード：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。