**様式2-2（個人アカウント登録用）**

**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 |  |

②個人アカウント登録者の情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1  | (フリガナ)　  | 在宅医療支援センター記入 |
| (氏　名)　　 | 個人アカウント：記入不要 |
| (職　種)　　 | 個人パスワード：記入不要  |
| 2  | (フリガナ)　 | 在宅医療支援センター記入 |
| (氏　名)　　 | 個人アカウント：記入不要 |
| (職　種) | 個人パスワード：記入不要  |
| 3 | (フリガナ) | 在宅医療支援センター記入 |
| (氏　名) | 個人アカウント：記入不要 |
| (職　種) | 個人パスワード：記入不要  |
| ４ | (フリガナ) | 在宅医療支援センター記入 |
| (氏　名) | 個人アカウント：記入不要 |
| (職　種) | 個人パスワード：記入不要  |
| ５ | (フリガナ) | 在宅医療支援センター記入 |
| (氏　名) | 個人アカウント：記入不要 |
| (職　種) | 個人パスワード：記入不要  |
| ６ | (フリガナ) | 在宅医療支援センター記入 |
| (氏　名) | 個人アカウント：記入不要 |
| (職　種) | 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。

2019年5月1日　第2版