

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	在宅医療支援センター記入
	(氏 名) 川内 ニ太郎	個人アカウント：記入不要
	(職 種) 退院支援担当者	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。