**様式7（管理者登録用）**

**管理者登録届け出書**

令和　　　年　　月　　日

1. 医療機関情報　※法人の場合は法人名もご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |
| 医療機関・事業所名 (法人名等) |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |
| 管理者名・職種 | 印　（職種） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当者 （アカウント管理を　　する方） | （部署） |
| 所属機関アカウント | 記入不要 |

（お願い）

・担当者の欄には、院内におけるアカウント発行や管理、在宅医療支援センターへの実績報告を主として行なう方の氏名をご記入ください。

・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。

・所属機関アカウントの発行が出来次第、院内スタッフアカウントの発行が可能となります。

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）

2019年5月1日　第2版