



## ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット) 参加申請書

一般社団法人 広島県医師会  
ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット)  
代表者 松村 誠 様

「ひろしま医療情報ネットワーク利用規定【HM運規-002】」および「他医療機関の診療情報閲覧に関する規約【HM運規-003】」を充分理解した上で、ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット) の利用を希望しますので、以下の通り申請します。

申請日：西暦 年 月 日 所属医師会： 医師会・なし

注) 広島市医師会の場合は、区医師会名をご記入下さい

保険医療機関番号： \_\_\_\_\_

施設名： \_\_\_\_\_

施設略称名： \_\_\_\_\_

施設責任者： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

HMネット担当者： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

〒

施設所在地： \_\_\_\_\_

電話： ( ) FAX： ( )

必要な VPN 証明書数： 個

HMカードの発行をして頂けますか？ ( する ・ しない )

HMネットホームページ内「参加施設一覧」への医療機関の詳細情報リンクの希望

※いずれか一箇所にチェックを入れて下さい。

- 厚生労働省「医療情報ネット (ナビイ)」医療機関概要の表示を希望する
- 別サイト (例えば、自院で公開しているホームページ) を希望する

(リンク先のURL： \_\_\_\_\_)

- 表示を希望しない

◆ 希望アカウント

※ 資格No欄には、別表をご参照の上お持ちの資格Noをご記入下さい。(複数記入可)

※ HMネット参加希望者の氏名ならびにログイン時に利用するアカウント(主にメールアドレス)をご記入ください。

No.	氏名	資格No.	メールアドレス又は希望ID
1	か)		@

ひろしま医療情報ネットワーク参加申請書 別紙

No. \_\_\_\_\_

施設名: \_\_\_\_\_

※ 資格No欄には、別表をご参照の上お持ちの資格Noをご記入下さい。(複数記入可)

※ HMネット参加希望者の氏名ならびにログイン時に利用するアカウント(主にメールアドレス)をご記入ください。

No.	氏名	資格No.	メールアドレス又は希望ID
	カナ)		.....@.....

※参加希望者が複数人にわたる場合は、当紙を複製してお使いください。

## HMネット 職種・資格コード一覧表



No.	職種・資格名	No.	職種・資格名
01	医師	18	救急救命士
02	歯科医師	19	精神保健福祉士
03	薬剤師	20	臨床工学技師
04	臨床検査技師	21	歯科衛生士
05	診療放射線技師	22	衛生検査技師
06	看護師	23	義肢装具士
07	准看護師	24	柔道整復師
08	保健師	25	あん摩マッサージ指圧師/はり師/きゅう師
09	助産師	26	ケアマネージャー
10	理学療法士 (PT)	27	ヘルパー
11	作業療法士 (OT)	28	診療情報管理士
12	視能訓練士	29	医療情報技師
13	言語聴覚士	30	医療秘書
14	歯科技工士	50	医療情報担当者 (施設任命)
15	管理栄養士	51	事務
16	社会福祉士	90	その他
17	介護福祉士		



## ひろしま医療情報ネットワーク参加申請書

一般社団法人 広島県医師会  
ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット)  
代表者 松村 誠 様

**見 本**

「ひろしま医療情報ネットワーク利用規定【HM運規-002】」および「他医療機関の診療情報閲覧に関する規約【HM運規-003】」を充分理解した上で、ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット) の利用を希望しますので、以下の通り申請します。

申請日：西暦 年 月 日 所属医師会： 医師会・なし

**ゴム印でも可**

~~注）広島市医師会の場合は、区医師会名をご記入下さい~~

保険医療機関番号： \_\_\_\_\_

施設名： \_\_\_\_\_

施設略称名： \_\_\_\_\_

施設責任者： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

HMネット担当者： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

〒

施設所在地： \_\_\_\_\_

電話：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ FAX：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

必要な VPN 証明書数： \_\_\_\_\_ 個

**接続される回線数をご記入下さい**

HMカードの発行をして頂けますか？ ( する ・ **しない** )

**いずれかを選択してください**

**いずれかを選択してください (患者同意とHMカードの作成作業が必要となります。)**

※いずれか一箇所チェックを入れて下さい。

- 厚生労働省「医療情報ネット (ナビイ)」医療機関概要の表示を希望する
- 別サイト (例えば、自院で公開しているホームページ) を希望する

(リンク先のURL： \_\_\_\_\_)

表示を希望しない

**ログイン用 ID です。ご利用中のメールアドレスをお勧めします。**

◆ 希望アカウント

**利用される方のお名前をご記入下さい。**

資格No.を \_\_\_\_\_  
ログイン時に利用するアカウント(主にメールアドレス)をご記入ください。

No.	氏 名	資格No.	メールアドレス又は希望 ID
1	カ)		@

**別紙資格コード  
でご確認下さい**