



## 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  
代表者 平松 恵一 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「ひろしま医療情報ネットワーク利用に関する誓約書【HM誓約-002】」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 平成 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： \_\_\_\_\_ 印

E-mail： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

ネットワーク担当者： \_\_\_\_\_ 印

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 ・ 未定 ）

※ 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	印
1	か)			
			@	
2	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	印
	か)		.....@.....	
	か)		.....@.....	
	か)		.....@.....	
	か)		.....@.....	
	か)		.....@.....	
	か)		.....@.....	
	か)		.....@.....	
	か)		.....@.....	
	か)		.....@.....	
	か)		.....@.....	
	か)		.....@.....	

※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		