

## §アカウントID申請書

No. 1 / \_\_\_\_\_

### 施設名

別紙「アカウントID申請書ご記入方法のご説明」をご参照の上、もれなくご記入下さい。

但し、訪問介護事業所、通所介護事業所、通所リハビリ事業所では、患者/利用者登録権限欄のご記入は不要です。

アカウント申請者ご本人の記名により、施設管理者の元、HMネット各利用規程・規約を遵守する旨の誓約をいただいたものとみなします。

患者/利用者 登録権限	スタッフ 割当て権限	氏 名	資格No.	アカウントID・連絡先メールアドレス
有・無	有・無	か)		アカウントID: .....@
				連絡先アドレス: 携帯/PC (☑ どちらかに○) .....@
有・無	有・無	か)		アカウントID: .....@
				連絡先アドレス: 携帯/PC (☑ どちらかに○) .....@
有・無	有・無	か)		アカウントID: .....@
				連絡先アドレス: 携帯/PC (☑ どちらかに○) .....@
有・無	有・無	か)		アカウントID: .....@
				連絡先アドレス: 携帯/PC (☑ どちらかに○) .....@
有・無	有・無	か)		アカウントID: .....@
				連絡先アドレス: 携帯/PC (☑ どちらかに○) .....@

施設名 \_\_\_\_\_

患者/利用者 登録権限	スタッフ 割当て権限	氏 名	資格No.	アカウントID・連絡先メールアドレス
有・無	有・無	か)		アカウントID: .....@
				連絡先アドレス: 携帯/PC (☒ どちらかに○) .....@
有・無	有・無	か)		アカウントID: .....@
				連絡先アドレス: 携帯/PC (☒ どちらかに○) .....@
有・無	有・無	か)		アカウントID: .....@
				連絡先アドレス: 携帯/PC (☒ どちらかに○) .....@
有・無	有・無	か)		アカウントID: .....@
				連絡先アドレス: 携帯/PC (☒ どちらかに○) .....@
有・無	有・無	か)		アカウントID: .....@
				連絡先アドレス: 携帯/PC (☒ どちらかに○) .....@

※ 記入欄が不足する場合は、当紙を複製してお使い下さい。



## 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		