

§アカウント I D 申請書

No. 1 /

施設名

別紙「アカウント I D 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 I D・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 I D・連絡先メールアドレス
有 ・ 無	有 ・ 無	ｶﾅ)		ｱｶｳﾝﾄ I D: @
				連絡先ｱﾄﾞﾚｽ: 携帯／P C (＝ どちらかに○) @
有 ・ 無	有 ・ 無	ｶﾅ)		ｱｶｳﾝﾄ I D: @
				連絡先ｱﾄﾞﾚｽ: 携帯／P C (＝ どちらかに○) @
有 ・ 無	有 ・ 無	ｶﾅ)		ｱｶｳﾝﾄ I D: @
				連絡先ｱﾄﾞﾚｽ: 携帯／P C (＝ どちらかに○) @
有 ・ 無	有 ・ 無	ｶﾅ)		ｱｶｳﾝﾄ I D: @
				連絡先ｱﾄﾞﾚｽ: 携帯／P C (＝ どちらかに○) @
有 ・ 無	有 ・ 無	ｶﾅ)		ｱｶｳﾝﾄ I D: @
				連絡先ｱﾄﾞﾚｽ: 携帯／P C (＝ 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。