

§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/利用者登録権限は、
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。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	姓(カ)		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	姓(カ)		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	姓(カ)		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	姓(カ)		アカウントID: _____@_____ 連絡先アドレス: 携帯/PC (☐ どちらかに○) _____@_____

別紙を参照してご記入ください。※メールアドレスではありません。

別紙を参照してどちらかに○をしてください。

別紙を参照してご記入ください。

多職種間電子連絡ノートからの通知に使用しますので、通知を確認できるメールアドレスをご記入ください。

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。