**§アカウントＩＤ申請書**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　№　1 /

　　 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№ | アカウントＩＤ・連絡先メールアドレス |
| 有 ･ 無 | 有 ･ 無 | ｶﾅ) |  | ｱｶｳﾝﾄID: 　　　　　 ＠ |
|  |  | 連絡先ｱﾄﾞﾚｽ： 携帯／ＰＣ (⇐ どちらかに○) |
|  | ＠ |
| 有 ･ 無 | 有 ･ 無 | ｶﾅ) |  | ｱｶｳﾝﾄID: 　　　　　 ＠ |
|  |  | 連絡先ｱﾄﾞﾚｽ： 携帯／ＰＣ (⇐ どちらかに○) |
|  | ＠ |
| 有 ･ 無 | 有 ･ 無 | ｶﾅ) |  | ｱｶｳﾝﾄID: 　　　　　 ＠ |
|  |  | 連絡先ｱﾄﾞﾚｽ： 携帯／ＰＣ (⇐ どちらかに○) |
|  | ＠ |
| 有 ･ 無 | 有 ･ 無 | ｶﾅ) |  | ｱｶｳﾝﾄID: 　　　　　 ＠ |
|  |  | 連絡先ｱﾄﾞﾚｽ： 携帯／ＰＣ (⇐ どちらかに○) |
|  | ＠ |
| 有 ･ 無 | 有 ･ 無 | ｶﾅ) |  | ｱｶｳﾝﾄID: 　　　　　 ＠ |
|  |  | 連絡先ｱﾄﾞﾚｽ： 携帯／ＰＣ (⇐ どちらかに○) |
|  | ＠ |

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№ | アカウントＩＤ・連絡先メールアドレス |
| 有 ･ 無 | 有 ･ 無 | ｶﾅ) |  | ｱｶｳﾝﾄID: 　　　　　 ＠ |
|  |  | 連絡先ｱﾄﾞﾚｽ： 携帯／ＰＣ (⇐ どちらかに○) |
|  | ＠ |
| 有 ･ 無 | 有 ･ 無 | ｶﾅ) |  | ｱｶｳﾝﾄID: 　　　　　 ＠ |
|  |  | 連絡先ｱﾄﾞﾚｽ： 携帯／ＰＣ (⇐ どちらかに○) |
|  | ＠ |
| 有 ･ 無 | 有 ･ 無 | ｶﾅ) |  | ｱｶｳﾝﾄID: 　　　　　 ＠ |
|  |  | 連絡先ｱﾄﾞﾚｽ： 携帯／ＰＣ (⇐ どちらかに○) |
|  | ＠ |
| 有 ･ 無 | 有 ･ 無 | ｶﾅ) |  | ｱｶｳﾝﾄID: 　　　　　 ＠ |
|  |  | 連絡先ｱﾄﾞﾚｽ： 携帯／ＰＣ (⇐ どちらかに○) |
|  | ＠ |
| 有 ･ 無 | 有 ･ 無 | ｶﾅ) |  | ｱｶｳﾝﾄID: 　　　　　 ＠ |
|  |  | 連絡先ｱﾄﾞﾚｽ： 携帯／ＰＣ (⇐ どちらかに○) |
|  | ＠ |

　 施設名

* 記入欄が不足する場合は、当紙を複製してお使い下さい。