



ひろしま医療情報ネットワーク参加申請書(薬局用)

見 本

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「他医療機関の診療情報閲覧に関する規約【HM運規-003】」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 西暦 2019 年 7 月 9 日

保険薬局番号： 01234567

ゴム印でも可

施設名： 一般社団法人 HMネット薬局

施設略称名： HMネット薬局

記載内容が同じ場合は
同上でも可

施設責任者： HMネット 太郎

太郎

E-mail： hmtaro @ hmnet.or.jp

ネットワーク担当者： HMネット 次郎

次郎

E-mail： mtaro @ hmnet.or.jp

〒732-0067

ご捺印
下さい

施設所在地： 広島市東区二葉の里 3-2-3

電話： (082) 1111-2222

FAX： (082) 2222-3333

必要な VPN 証明書数： 1 個

別紙資格コード
でご確認下さい

接続される回線数をご記入下さい

※ 資格No欄には、別紙資格コードと資格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) エイエムネット タロウ	03	hmtaro @ hmnet.or.jp	太郎
	HMネット 太郎			

利用される方のお名前をご記入下さい。
追加される場合は別途費用がかかります。

ログイン用IDです。このアドレスへ
メールが送られるものではありません。

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
	カナ)@.....	
	カナ)@.....	
	カナ)@.....	
	カナ)@.....	
	カナ)@.....	
	カナ)@.....	
	カナ)@.....	
	カナ)@.....	
	カナ)@.....	
	カナ)@.....	

※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。