サポートセンター　御中

医療機関・薬局用

施設名（正式名称）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請責任者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

利用者の申請・撤回届（従事者用）（3/3）

シームレスな健康情報活用基盤実証システム利用規約に同意の上、以下のとおり当施設の利用者の申請・届出をします。（この書類は、医師、薬剤師を除く方が対象です。）

医師・薬剤師を除く従事者の利用

申請年月日	平成　年　月　日			当会記入欄
申請区分	（フリガナ） 氏名	医療従事者の資格	所属など	
	記入例			
☑新規　☐撤回	（ノト　タロウ） 能登　太郎	なし	医事課	
☐新規　☑撤回	（ノト　ハナコ） 能登　花子	看護師	外来	
☐新規　☐撤回	（　　）			
☐新規　☐撤回	（　　）			
☐新規　☐撤回	（　　）			
☐新規　☐撤回	（　　）			
☐新規　☐撤回	（　　）			
☐新規　☐撤回	（　　）			