

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

利用の申請・撤回届(施設用)(1/3)

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、以下のとおり申請をします。

申請年月日	平成 年 月 日		
利用区分	<input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 利用の撤回		
新規の場合は、右欄に記入	施設名のカタカナ表示		
	施設名の簡易名表示 (8文字以内、PKIカードに印刷表示されます。)	(漢字、カナ、ひらがな、英)	
住所	〒		
医療機関・薬局番号	17 + ___ + _____ (県コード2桁)+(区分※)+(医療機関・薬局番号 レセプト申請と同じ7桁)		
連絡窓口 (業務・障害連絡)	第1	氏名	所属 電話
		FAX	メールアドレス
	第2	氏名	所属 電話
		FAX	メールアドレス
開始・撤回希望年月日	平成 年 月 日		

(区分※) 医療機関 1、薬局 4