

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（医師、薬剤師用）（2/3）

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、薬剤師の方が対象です。)

医師・薬剤師の利用者

年月日	平成 年 月 日				当会記入欄
申請・届出区分	(フリガナ) 氏名	医師または 薬剤師	医籍登録番号 薬剤師登録番号	病院・診療所 の場合 診療 科(所属など)	
記入例					
<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 撤回	(ノト タロウ) 能登 太郎	医師	1234567	内科	
新規の場合のみ、 IDを記入	施設内利用者ID	...		10桁以内の英数字(英文字は、 大文字又は小文字)	
<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回	(ノト ハナコ) 能登 花子	薬剤師	3336665	薬局	
新規の場合のみ、 IDを記入	施設内利用者ID	3010		10桁以内の英数字(英文字は、 大文字又は小文字)	
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回	()				
新規の場合のみ、 IDを記入	施設内利用者ID			10桁以内の英数字(英文字は、大文 字又は小文字)	
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回	()				
新規の場合のみ、 IDを記入	施設内利用者ID			10桁以内の英数字(英文字は、大文 字又は小文字)	
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回	()				
新規の場合のみ、 IDを記入	施設内利用者ID			10桁以内の英数字(英文字は、大文 字又は小文字)	
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回	()				
新規の場合のみ、 IDを記入	施設内利用者ID			10桁以内の英数字(英文字は、大文 字又は小文字)	
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回	()				
新規の場合のみ、 IDを記入	施設内利用者ID			10桁以内の英数字(英文字は、大文 字又は小文字)	