

## サポートセンター

医療機関・薬局用

(サポートセンター内EPP認証局審査責任者) 殿

シームレスな健康情報活用基盤実証システム  
PKIカード利用申請書(従事者用)

\*印は記入必須項目

登録依頼日\* 平成 24 年 月 日

|                                 |                            |                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 利用<br>医療<br>機関<br>・<br>薬局<br>情報 | 保険医療機関・保険薬局番号*(レセプト申請時の番号) |                                                                                                                                                       |    |
|                                 | 施設名*                       |                                                                                                                                                       | 印* |
|                                 | 申請責任者氏名*                   |                                                                                                                                                       |    |
|                                 | 施設住所*                      |                                                                                                                                                       |    |
|                                 | 連絡担当者氏名                    |                                                                                                                                                       |    |
|                                 | 電話番号*                      |                                                                                                                                                       |    |
|                                 | E-MAIL*                    |                                                                                                                                                       |    |
|                                 | 業種区分*                      | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 一般診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他( ) |    |

当院又は当薬局は、当施設の従事者である以下の者を実証システムの利用をさせたいので、PKIカードの発行を願います。(以下のリストは、別途の「利用者の申請・撤回届(従事者用)(3/3)」と同一者である必要があります。)

利用に当っては、シームレスな健康情報活用基盤実証システム利用規約を遵守させること、当施設の安全管理規定の順守を誓約します。

|     | 氏名*   | 氏名のヨミガナ* | 資格・職種* | 弊社記入欄<br>(CN番号) |
|-----|-------|----------|--------|-----------------|
| 記入例 | 能登 花子 | ノト ハナコ   | 看護師    |                 |
|     | 能登 太郎 | ノト タロウ   | 事務     |                 |
| 1   |       |          |        |                 |
| 2   |       |          |        |                 |
| 3   |       |          |        |                 |
| 4   |       |          |        |                 |
| 5   |       |          |        |                 |
| 6   |       |          |        |                 |