　【様式1-6】

利用者アカウント申請書（関係機関用）

一般社団法人　沖縄県医師会長　殿

【記入上の注意】

※施設内で一人システム担当管理者を定めてください。

※利用者欄が足りない場合は、お手数ですが用紙をコピーしてください。

申請日：平成　　年　　月　　日

■施設情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 |  | □歯科診療所　□保険薬局　□保険者  □介護サービス事業所　□検査会社  □代行・代理請求機関  □その他（　　　　　　　　　　　　　） |

■申請者情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 部　署 | フリガナ  氏名（性別） | 連絡先 |
|  |  | TEL：  FAX：  E-mail： |
| （□男　□女） |

■利用者（今回申請する内容に、☑をご記入下さい。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請  区分 | 性 別 | フリガナ  氏名 | 職種 |
| □新規  □変更  □停止 | □男性  □女性 |  | □歯科医師　　□薬剤師　　□保健師　□看護師  □管理栄養士　□リハビリ　□MSW　□介護支援専門員  □介護福祉士　□事務　□その他（　　　　　　　　） |
|  |
| E-mail： |
| □新規  □変更  □停止 | □男性  □女性 |  | □歯科医師　　□薬剤師　　□保健師　□看護師  □管理栄養士　□リハビリ　□MSW　□介護支援専門員  □介護福祉士　□事務　□その他（　　　　　　　　） |
|  |
| E-mail： |
| □新規  □変更  □停止 | □男性  □女性 |  | □歯科医師　　□薬剤師　　□保健師　□看護師  □管理栄養士　□リハビリ　□MSW　□介護支援専門員  □介護福祉士　□事務　□その他（　　　　　　　　） |
|  |
| E-mail： |
| □新規  □変更  □停止 | □男性  □女性 |  | □歯科医師　　□薬剤師　　□保健師　□看護師  □管理栄養士　□リハビリ　□MSW　□介護支援専門員  □介護福祉士　□事務　□その他（　　　　　　　　） |
|  |
| E-mail： |

　　※E-mailアドレス（任意）をご記入いただくと、お知らせ情報が配信されます。

Ver.15.1