

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
おきなわ津梁ネットワーク事務局 御中

【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：令和 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
	(☐ 男 ☐ 女)	TEL : FAX : E-mail :

■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	E-mail :	☐ 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（ ）
☐ 新規 ☐ 変更 ☐ 停止	☐ 男性 ☐ 女性	E-mail :	☐ 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（ ）
☐ 新規 ☐ 変更 ☐ 停止	☐ 男性 ☐ 女性	E-mail :	☐ 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（ ）
☐ 新規 ☐ 変更 ☐ 停止	☐ 男性 ☐ 女性	E-mail :	☐ 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 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。