

利用者 ID 申請(登録/変更/退会)

酒田地区医療情報ネットワーク協議会が運営する「お薬情報共有システム」の利用者IDを下記のとおり申請します。

※システム利用職種は薬剤師のみとなります。

申請 ID※ (任意部分のみ記入)	パスワード※	(フリガナ) 利用者氏名	区分
			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退会
			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退会
			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退会
			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退会
			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退会
			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 退会

※ID・パスワードは英数字(大文字可)のみ使用可能で、パスワードは5文字以上とする。

※IDは医療機関コードと任意の英数字で構成される。任意文字の1文字目は英字とする。

例) [医療機関コード7桁] + 任意の英数字 ⇒ [1234567]user1 (申請IDはuser1と記入)

申請日 : 年 月 日

申請者氏名 :

所属機関 :

電話番号 :

記入者署名: _____

【提出先】

日本海総合病院内ちようかいネット事務局 TEL/FAX:0234-26-5112

Eメール:sakatanw@nihonkai-hos.jp(受付: 平日 08:30~17:00)