

**HumanBridge 利用者登録依頼書**

村山地域医療情報ネットワーク協議会  
事務局長 殿

協議会名： \_\_\_\_\_

次の者が HumanBridge の利用を希望しているので、以下のとおり依頼します。  
なお、当該ネットワークの参加にあたっては、山形県医療情報ネットワークの広域連携に関する協定書及び関係法令を遵守し、適正に利用します。

申請日： 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**【施設情報欄】**

(フリガナ) 施設名			病床数	床
住 所	〒 _____		医科又は歯科コード（7桁）	
電話番号	( ) _____	F A X 番号	( ) _____	

**【利用希望者情報欄】〔利用希望者数： 1名・複数名(新規 名・更新 名・削除 名)〕**

利用希望者 1 ( 新規 ・ 更新 ・ 削除 ) ※削除の場合、「専門診療科」以下の欄は記載不要

(フリガナ) 利用者氏名			性 別	男 ・ 女
	Ⓜ			
生年月日	大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
(医師の場合) 専門診療科				
メールアドレス				
希望ログイン名				(半角英数字5文字以上10文字以内)
希望パスワード				(半角英数字5文字以上10文字以内)

- ※ 利用施設ごとに、上記の必要項目にご記入の上、下記協議会事務局あて F A X 願います。
- ※ 専門診療科及びメールアドレスについては、本システム運用の統計・連絡手段として利用する予定であり、この目的以外に使用しません。
- ※ この申請書は、利用（更新・削除含む）希望者1名につき1枚提出してください。ただし、利用希望者が複数いる場合は、「利用者登録用シート」を作成のうえ、電子メールで提出願います。  
(提出先メールアドレスは本票の F A X 受理後、事務局からお知らせします)

**【べにばなネット事務局】**

村山保健所 保健企画課 電話：023-627-1245 FAX：023-627-1126

### 【利用者登録用シート】

※利用希望者が複数の場合で、2人目以降をご記入する際にご活用ください。

※5人目以降は当シートのコピーによりご対応ください。

#### 利用希望者2 ( 新規 ・ 更新 ・ 削除 ) ※削除の場合、「専門診療科」以下の欄は記載不要

(フリガナ) 利用者氏名		性別	男 ・ 女	
	㊟			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
(医師の場合) 専門診療科				
メールアドレス				
希望ログイン名		(半角英数字5文字以上10文字以内)		
希望パスワード		(半角英数字5文字以上10文字以内)		

#### 利用希望者3 ( 新規 ・ 更新 ・ 削除 ) ※削除の場合、「専門診療科」以下の欄は記載不要

(フリガナ) 利用者氏名		性別	男 ・ 女	
	㊟			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
(医師の場合) 専門診療科				
メールアドレス				
希望ログイン名		(半角英数字5文字以上10文字以内)		
希望パスワード		(半角英数字5文字以上10文字以内)		

#### 利用希望者4 ( 新規 ・ 更新 ・ 削除 ) ※削除の場合、「専門診療科」以下の欄は記載不要

(フリガナ) 利用者氏名		性別	男 ・ 女	
	㊟			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
(医師の場合) 専門診療科				
メールアドレス				
希望ログイン名		(半角英数字5文字以上10文字以内)		
希望パスワード		(半角英数字5文字以上10文字以内)		