

公益社団法人 熊本県医師会会長殿

利用者の申請・撤回届（医師用）

熊本県地域医療等情報ネットワーク利用規約に同意の上、ネットワークを利用する当施設の医師を申請（撤回）します。

（歯科医師および従事者は「利用者の申請・撤回届（歯科医師および従事者用）」、薬剤師は「利用者の申請・撤回届（薬剤師用）」をお使いください。）

年 月 日

(1) 利用施設

施設名称(正式名): _____	(責任者印)
施設責任者(氏名): _____	

(2) 利用者リスト

届出区分	フリガナ	医 籍 登 録 番 号	所属または診療科
	氏 名	施 設 内 利 用 者 ID (注 1)	
記入例			
☒ 新規 ☐ 撤回	ク マ モ ト タ ロ ウ	123456	内科
	熊 本 太 郎	A54321	
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		

(注1) ID カード保有者のみ記入、ない場合は記入不要 施設内利用者 ID:10桁以内の英数字(英文字は、大文字又は小文字)

※用紙が足りない場合は、利用者リスト(続き)をコピーしてお使いください。

※医師の方は利用者の申請以外に医師資格証を申請していただく必要があります。くまもとメディカルネットワークのアプリケーションにアクセスするには、医師資格証を使用しないとログイン出来ませんのでご注意ください。

お問合せ先：くまもとメディカルネットワーク サポートセンター

（受付時間） 午前 9:00～12:00 午後 1:00～5:00 土日、祝日、熊本県医師会の休日を除く

Email:support@kmn.kumamoto.med.or.jp

TEL:0120-25-3735

FAX:096-211-9926

利用者リスト(続き)

届出区分	フリガナ	医 籍 登 録 番 号	所属または診療科
	氏 名	施設内利用者 ID (注 1)	
記入例			
☒ 新規 ☐ 撤回	ク マ モ ト タ ロ ウ	123456	内科
	熊 本 太 郎	A54321	
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		
☐ 新規 ☐ 撤回	(フリガナ)		
	(氏名)		

(注 1) ID カード保有者のみ記入、ない場合は記入不要 施設内利用者 ID:10桁以内の英数字(英文字は、大文字又は小文字)

※用紙が足りない場合は、利用者リスト(続き)をコピーしてお使いください。