

公益社団法人 熊本県医師会会長殿

利用者の申請・撤回届（歯科医師および従事者用）

熊本県地域医療等情報ネットワーク利用規約および、利用者カードの利用規約に同意の上、ネットワークを利用する当施設の歯科医師および従事者を申請（撤回）します。

（医師は「利用者の申請・撤回届（医師用）」、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	医療従事者の資格	所属または診療科	パスワード (注2)
	氏名	施設内利用者ID (注1)		
記入例				
<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回 <input type="checkbox"/> 再発行	クマモト タロウ	なし	医事係	3345
	熊本 太郎	A54321		
※再発行申請のみ事由に✓を入れてください。 □紛失 □破損 □パスワードロック □その他				
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回 <input type="checkbox"/> 再発行	(フリガナ)			
	(氏名)			
※再発行申請のみ事由に✓を入れてください。 □紛失 □破損 □パスワードロック □その他				
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回 <input type="checkbox"/> 再発行	(フリガナ)			
	(氏名)			
※再発行申請のみ事由に✓を入れてください。 □紛失 □破損 □パスワードロック □その他				

(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)

(注2) パスワードは数字4桁で記入

※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。

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	医療従事者の資格	所属または診療科	パスワード (注2)
	氏名			
施設内利用者 ID (注1)				
記入例				
<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回 <input type="checkbox"/> 再発行	クマモト タロウ	なし	医事係	3345
	熊本 太郎			
	※再発行申請のみ事由に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> パスワードロック <input type="checkbox"/> その他	A54321		
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回 <input type="checkbox"/> 再発行	(フリガナ)			
	(氏名)			
	※再発行申請のみ事由に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> パスワードロック <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回 <input type="checkbox"/> 再発行	(フリガナ)			
	(氏名)			
	※再発行申請のみ事由に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> パスワードロック <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回 <input type="checkbox"/> 再発行	(フリガナ)			
	(氏名)			
	※再発行申請のみ事由に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> パスワードロック <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回 <input type="checkbox"/> 再発行	(フリガナ)			
	(氏名)			
	※再発行申請のみ事由に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> パスワードロック <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回 <input type="checkbox"/> 再発行	(フリガナ)			
	(氏名)			
	※再発行申請のみ事由に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> パスワードロック <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 撤回 <input type="checkbox"/> 再発行	(フリガナ)			
	(氏名)			
	※再発行申請のみ事由に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> パスワードロック <input type="checkbox"/> その他			

(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)

(注2)パスワードは数字4桁で記入

※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。