

公益社団法人 熊本県医師会会長殿

利用者の申請・撤回届(薬剤師用)

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薬剤師を申請(撤回)します。

(医師は「利用者の申請・撤回届(医師用)」、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)」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	薬剤師 登録番号	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)		
再発行事由				
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	123456	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			
<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。

お問い合わせ先: 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	薬剤師 登録番号	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)		
	再発行事由			
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	123456	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			
<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。