

様式2-1号

## まめネット施設管理者登録内容変更（修正）届

申込日	平成 年 月 日	変更希望日	平成 年 月 日
変更理由			
施設住所			
施設名称			
管理者氏名			

**【変更内容】** ※ 変更（修正）となった項目のみ、変更（修正）後の内容をご記入下さい。

ログインID																																													
カナ						カナ																																							
氏名						通称氏名																																							
生年月日	(西暦)	年	月	日		性別	男	・	女																																				
システム 管理者の 連絡先	電話	( )	-		FAX	( )	-																																						
	E-Mail																																												
職種	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>医師</td> <td><input type="checkbox"/>歯科医師</td> <td><input type="checkbox"/>薬剤師</td> <td><input type="checkbox"/>看護師</td> <td><input type="checkbox"/>保健師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>助産師</td> <td><input type="checkbox"/>准看護師</td> <td><input type="checkbox"/>臨床検査技師</td> <td><input type="checkbox"/>衛生検査技師</td> <td><input type="checkbox"/>診療放射線技師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>診療エックス線技師</td> <td><input type="checkbox"/>管理栄養士</td> <td><input type="checkbox"/>栄養士</td> <td><input type="checkbox"/>理学療法士</td> <td><input type="checkbox"/>作業療法士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>視能訓練士</td> <td><input type="checkbox"/>言語聴覚士</td> <td><input type="checkbox"/>義肢装具士</td> <td><input type="checkbox"/>臨床工学技士</td> <td><input type="checkbox"/>歯科衛生士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>歯科技工士</td> <td><input type="checkbox"/>社会福祉士</td> <td><input type="checkbox"/>救急救命士</td> <td><input type="checkbox"/>介護福祉士</td> <td><input type="checkbox"/>医療ソーシャルワーカー</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ケアマネージャー</td> <td><input type="checkbox"/>臨床心理士</td> <td><input type="checkbox"/>事務員</td> <td><input type="checkbox"/>リハビリ助手</td> <td><input type="checkbox"/>看護助手</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>介護従事者</td> <td><input type="checkbox"/>診療情報管理士</td> <td><input type="checkbox"/>医療情報技師</td> <td><input type="checkbox"/>医療事務</td> <td><input type="checkbox"/>医療秘書</td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 衛生検査技師	<input type="checkbox"/> 診療放射線技師	<input type="checkbox"/> 診療エックス線技師	<input type="checkbox"/> 管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 視能訓練士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 義肢装具士	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 歯科技工士	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 救急救命士	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> 臨床心理士	<input type="checkbox"/> 事務員	<input type="checkbox"/> リハビリ助手	<input type="checkbox"/> 看護助手	<input type="checkbox"/> 介護従事者	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士	<input type="checkbox"/> 医療情報技師	<input type="checkbox"/> 医療事務	<input type="checkbox"/> 医療秘書
<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 保健師																																									
<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 准看護師	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 衛生検査技師	<input type="checkbox"/> 診療放射線技師																																									
<input type="checkbox"/> 診療エックス線技師	<input type="checkbox"/> 管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士																																									
<input type="checkbox"/> 視能訓練士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 義肢装具士	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士																																									
<input type="checkbox"/> 歯科技工士	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 救急救命士	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー																																									
<input type="checkbox"/> ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> 臨床心理士	<input type="checkbox"/> 事務員	<input type="checkbox"/> リハビリ助手	<input type="checkbox"/> 看護助手																																									
<input type="checkbox"/> 介護従事者	<input type="checkbox"/> 診療情報管理士	<input type="checkbox"/> 医療情報技師	<input type="checkbox"/> 医療事務	<input type="checkbox"/> 医療秘書																																									
※ 該当する職種がない場合は類似の職種にチェックを入れて下さい。類似の職種がない場合は職種登録をしますので、ご連絡下さい。																																													

※旧字体等は、パソコンにより表示出来ない文字もあります。その際は新字体等で登録しますのでご了承願います。

**【記入方法】**

申 込 日	申込の日をご記入下さい。（当協会へ送付日）
変更希望日	変更をする日をご記入下さい
変更理由	例) 名称の変更など 変更理由をご記入下さい
住 所	住所の変更があった場合は、変更前の住所をご記入下さい
施設名称	施設名称に変更があった場合は、変更前の名称をご記入下さい。
変更内容	変更となった項目のみ、変更後の内容をご記入下さい

-----  
\*協会使用欄

受付		システム 登録		備考
----	--	------------	--	----