

様式2号

まめネット施設管理者登録申請書

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

施設住所	
施設名称	
新規・停止	停止理由：

●施設システム管理者（施設内でサービスの申請等まめネットの管理をする者）

ログインID											*すでにログインIDをお持ちの方はご記入下さい	
カナ						カナ						
氏名						通称氏名						
生年月日	(西暦) 年 月 日					性別	男 ・ 女					
免許	免許種類					番号					*免許は任意項目です。免許番号がIDの一部になりますので、希望される場合はご記入下さい。	
システム管理者の連絡先	電話	() -				FAX	() -					
	E-Mail											
職種	<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"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <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"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <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"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <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"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー <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											

●施設ユーザー管理者（施設内ユーザーの登録、変更等を管理をする者）

施設システム管理者と同じ ※施設システム管理者と同じ場合はチェックして下さい。

ログインID											*すでにログインIDをお持ちの方はご記入下さい	
カナ						カナ						
氏名						通称氏名						
生年月日	(西暦) 年 月 日					性別	男 ・ 女					
免許	免許種類					番号					*免許は任意項目です。免許番号がIDの一部になりますので、希望される場合はご記入下さい。	
ユーザー管理者の連絡先	電話	() -				FAX	() -					
	E-Mail											
職種	<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"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <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"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <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"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <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"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー <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											

※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。

*協会使用欄					
受付		システム登録		パスワード発行	備考

【記入方法】

施設名称	施設名をご記入下さい。
新規・停止	新規・停止のいずれかを○で囲んで下さい。 停止の場合のみ申請理由をご記入下さい。 記載例1) 退職につき 記載例2) 施設システム管理者の解任につき（管理者権限のみ停止）

《施設システム管理者》 施設においてサービスの申請等まめネットシステムの全体管理をする方。
お申込み後の手続きなど施設システム管理者へご連絡させていただきます。

ログインID	すでにログインIDをお持ちの方のみご記入下さい。
氏名	施設システム管理者の氏名をご記入下さい。 また、カナ氏名もご記入下さい。
通称氏名	通称氏名をご利用の場合のみご記入下さい。 また、カナ通称氏名もご記入下さい。 ※通称氏名とは、結婚などで姓が変わったが職場では旧姓を使用する場合 等。
生年月日	生年月日を西暦でご記入下さい。
性別	該当を○で囲んで下さい。
免許	種類：医師免許・歯科医師免許・薬剤師免許・看護師免許等 番号：6桁（IDの一部に付与されます）
電話	施設システム管理者に連絡がとれる電話番号をご記入下さい。
FAX	施設システム管理者が受け取れるFAX番号をご記入下さい。
E-Mail	システムに関するメール（緊急メール含む）を発信した際に、施設システム管理者が受け取れるメールアドレスをご記入下さい。
職種	主たる職種の□にチェックを入れてください。該当が無い場合は、その他を選択してください。

《施設ユーザー管理者》 施設内の利用者の管理及び登録は各施設において行って頂きます。
施設内でまめネットを利用するユーザーの登録、削除及びID、パスワードの管理を行う方をご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 施設システム管理者と同じ	施設ユーザー管理者と施設システム管理者が同じ場合は、□にチェックを入れて下さい。 チェックを入れると、氏名以下の項目は記入不要です。
ログインID	すでにログインIDをお持ちの方のみご記入下さい。
氏名	施設ユーザー管理者の氏名をご記入下さい。 また、カナ氏名もご記入下さい。
通称氏名	ご利用の場合は通称氏名をご記入下さい。 また、カナ通称氏名もご記入下さい。 ※通称氏名は、結婚などで姓が変わったが職場では旧姓を使用する場合 等。
性別	該当を○で囲んで下さい。
免許	種類：医師免許・歯科医師免許・薬剤師免許・看護師免許等 番号：6桁（IDの一部に付与されます）
電話	施設ユーザー管理者に連絡がとれる電話番号をご記入下さい。
FAX	施設ユーザー管理者が受け取れるFAX番号をご記入下さい。
E-Mail	ユーザーに関するメール（パスワード再発行時の通知など）を発信した際に、施設ユーザー管理者が受け取れるメールアドレスをご記入下さい。
職種	主たる職種の□にチェックを入れてください。該当が無い場合は、その他を選択してください。