

まめネット施設管理者 登録内容修正申請書

※ この申請書は、施設管理者の登録内容に変更があった場合に提出してください。
 例) 苗字が変わった。生年月日を間違っして申請していたなど。

申込日	年 月 日	変更日	年 月 日
変更理由			
施設住所			
施設名称			
管理者氏名			

【修正内容】 ※ 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。

カナ																																													
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"/> 准看護師</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 保健師</td> <td><input type="checkbox"/> 助産師</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"/> 栄養士</td> <td><input type="checkbox"/> 管理栄養士</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"/> 臨床工学技士</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"/> 救急救命士</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師</td> <td><input type="checkbox"/> はり師</td> <td><input type="checkbox"/> きゅう師</td> <td><input type="checkbox"/> 柔道整復師</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"/> 介護福祉士</td> <td><input type="checkbox"/> ゲアマネージャー</td> <td><input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー</td> </tr> <tr> <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> <td><input type="checkbox"/> 介護従事者</td> </tr> <tr> <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> <td><input type="checkbox"/> システム管理者</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"/> 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"/> ゲアマネージャー	<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	<input type="checkbox"/> システム管理者
<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"/> ゲアマネージャー	<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	<input type="checkbox"/> システム管理者																																									

※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
----	--	--------	--	----