

(様式5)

## 「福来たネット」利用者ID申請書

一般社団法人 福島市医師会 会長 殿

申請日：平成 年 月 日

### ■ 利用施設／申請者（システム管理者）記入欄

施設名	フリガナ	部署／連絡先
	申請者名	

### ■ 利用者

申請区分	職種	フリガナ
		氏名 E-mail
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 事務職 (    )	
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 事務職 (    )	
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 事務職 (    )	
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 事務職 (    )	
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 事務職 (    )	

※利用者欄が不足する場合は、お手数ですが用紙をコピーしてご利用ください。

本書を事務局にFAXで送信してください。

事務局	一般社団法人 福島市医師会 TEL : 024-534-2290 FAX : 024-534-2291 〒960-8002 福島市森合町10番1号 福島市保健福祉センター3階				
事務局 記入欄	<input type="checkbox"/> 受理日	平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 承認⇒処理日	平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 作業完了通知書送付日	平成	年	月	日

(様式5)

## 「福来たネット」利用者ID申請書 (記入例)

一般社団法人 福島市医師会 会長 殿

申請日：平成 28 年 7 月 1 日

### ■ 利用施設／申請者 (システム管理者) 記入欄

施設名	フリガナ	部署／連絡先
	申請者名	
福島市医師会病院	ジョウホウ イチロウ	情報管理課 TEL : 024-534-2290
	情報 一郎	

### ■ 利用者

申請区分	職種					フリガナ
						氏名
						E-mail
<input checked="" type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 介護職	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 事務職	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 ( )	フクキタ ジロウ 福来 次郎 ishikai1@fukukita.bz.jp	
<input type="checkbox"/> 申請 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 介護職	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 事務職	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 ( )	フクキタ ハナコ 福来 花子 ishikai2@fukukita.bz.jp	
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 変更 <input checked="" type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 介護職	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input checked="" type="checkbox"/> 事務職	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 ( )	フクキタ サブロー 福来 三郎 ishikai3@fukukita.bz.jp	
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 介護職	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 事務職	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 ( )		
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 介護職	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 事務職	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 ( )		

※利用者欄が不足する場合は、お手数ですが用紙をコピーしてご利用ください。

本書を事務局にFAXで送信してください。

事務局	一般社団法人 福島市医師会 TEL : 024-534-2290 FAX : 024-534-2291 〒960-8002 福島市森合町 10 番 1 号 福島市保健福祉センター3 階
事務局 記入欄	<input type="checkbox"/> 受理日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 承認⇒処理日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 作業完了通知書送付日 平成 年 月 日

Ver1.0