ひたちなか市 電子＠連絡帳 利用スタッフ登録申請書　追加分

送信先：ひたちなか市在宅医療・介護連携推進室　行　　　　ＦＡＸ：０２９－３５４－６４６７　　送信票は不要です

**記 入 例**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所名称** | | | |
| **（フリガナ）** | |  | **職種** |  |
| **利用スタッフ氏名** | | **□※１**  事業所名をご記入下さい。 |
| **メールアドレス** | | 個人用アドレス ・ 共用アドレス（どちらかを○で囲む）  　　　　　　　　　　　　　＠  　　　　　　　　　　　　　　　　　※利用端末で受信できるメールアドレスを記載。導入後の変更可 | | |
| **ログインＩＤ※２** | | ○○○○  ※半角英数字 | **パスワード※２** | ○○○○  ※半角英数字 |
| **利用端末ＯＳ** | | Ｗｉｎｄｏｗｓ（　　　台），Ｍａｃ（　　　台）  Ａｎｄｒｏｉｄ（　　　台），ｉＰｈｏｎｅ・ｉＰａｄ（　　　台）  ※導入する台数を端末ＯＳ毎に記入 | | |
| **（フリガナ）**  ログインの際に使用します。いつでも変更可能です。 | |  | **職種** | ログインの際に使用します。いつでも変更可能です。 |
| **利用スタッフ氏名** | | **□※１** |
| **メールアドレス** | | 個人用アドレス ・ 共用アドレス（どちらかを○で囲む）  　　　　　　　　　　　　　＠  　　　　　　　　　　　　　　　　　※利用端末で受信できるメールアドレスを記載。導入後の変更可 | | |
| **ログインＩＤ※２** | | 利用する端末に，電子証明書を登録する必要がありますので，利用するOSごとの台数を記入ください。  ※半角英数字 | **パスワード※２** | ※半角英数字 |
| **利用端末ＯＳ** | | Ｗｉｎｄｏｗｓ（　　　台），Ｍａｃ（　　　台）  Ａｎｄｒｏｉｄ（　　　台），ｉＰｈｏｎｅ・ｉＰａｄ（　　　台）  ※導入する台数を端末ＯＳ毎に記入 | | |
| **（フリガナ）** | |  | **職種** |  |
| **利用スタッフ氏名** | | **□※１** |
| **メールアドレス** | | 個人用アドレス ・ 共用アドレス（どちらかを○で囲む）  　　　　　　　　　　　　　＠  　　　　　　　　　　　　　　　　　※利用端末で受信できるメールアドレスを記載。導入後の変更可 | | |
| **ログインＩＤ※２** | | ※半角英数字 | **パスワード※２** | ※半角英数字 |
| **利用端末ＯＳ** | | Ｗｉｎｄｏｗｓ（　　　台），Ｍａｃ（　　　台）  Ａｎｄｒｏｉｄ（　　　台），ｉＰｈｏｎｅ・ｉＰａｄ（　　　台）  ※導入する台数を端末ＯＳ毎に記入 | | |

※１ 「ひたちなか市 電子＠連絡帳利用規約」を確認・理解した上で，登録申請してください（了承後，☑して下さい）

※２ 電子＠連絡帳にログインする際に使用します。事前登録する必要があるので自由に決めていただき，記載をお願いします。