

- ・ID及びパスワードは希望に沿えない場合があります。
- ・既に他システムでID-Linkを利用している場合は、現在お使いのID及びパスワードをご記入ください。このIDを用いて必要項目を追加登録します。
- ・ID-Linkサーバー導入病院は、パスワードを記入しないでください。

ハートネットホスピタル 利用者登録申請書

令和 年 月 日

「ハートネットホスピタル」の趣旨・内容を理解したうえで、同システムを利用したいので登録願います。

施設名			
事業者区分	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所
	<input type="checkbox"/> 調剤薬局	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
フリガナ 利用者名（自署）		性別	男・女
責任区分	<input type="checkbox"/> 利用責任者（様式1に記載の者、1施設1人必須） <input type="checkbox"/> 利用者		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
Eメール			
有資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <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"/> 地域医療連携室職員		
ID(ログイン名)	(半角英数4文字以上)		
パスワード	(半角英数5文字以上)		
<input type="checkbox"/>	「ハートネットホスピタル」の利用にあたっては、「ハートネットホスピタル運用規程」を遵守します。		
<input type="checkbox"/>	SSL電子証明書の管理は厳重に行い、端末のセキュリティ対策（ウイルス対策ソフトのインストール、OSのアップデート等）に万全を期することを約束します。		

以下 金沢市医師会 記入欄

令和 年 月 日に、上記利用者の登録が完了しましたので、お知らせします。

上記のとおり承認する。	担当 チーフ	担当サブ チーフ	担当サブ チーフ	事務局長	担当者
令和 年 月 日 ハートネットホスピタル運営委員会担当チーフ					

受理日	令和 年 月 日
整理番号	
担当	

金沢市医師会 ハートネットホスピタル事務局
〒920-0912 金沢市大手町3-21
TEL 076-263-6070
FAX 076-223-7079
Email hnh@kma.jp
受付 9時～17時 月～金（祝日除く）