

様式第4号(第9条関係)

- ・ ID パスワードは希望に添えない場合があります。
- ・ 既に 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。

## 「四日市市医療と介護・福祉関係者の情報システム」 利用者登録申請書

●●年●月●日

「四日市市医療と介護・福祉関係者の情報共有システム」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	●●事業所
-----	-------

フリガナ 利用責任者氏名(自署)	ヨツカイチ タロウ 四日市 太郎	性別	男・女
責任区分	<input checked="" type="checkbox"/> 利用責任者(様式第1号に記載の者、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	yokkaichi@●●.ne.jp		
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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー) <input type="checkbox"/> その他( )		
ID(ログイン名)	yk0041 (半角英数5文字以上10字以内)		
パスワード	mie0041 (半角英数5文字以上10字以内)		
<input checked="" type="checkbox"/> 利用にあたっては、「四日市市医療と介護・福祉関係者の情報共有システム運用要綱」を遵守します。			
<input checked="" 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 運用責任者 記入欄

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。

受理日	年 月 日
整理番号	
担当	

運用責任者		運用担当者		担当者
医師会	市	医師会	市	

**(※) 箇所は、該当するものにレ点**

四日市市 健康福祉部保健企画課  
 〒510-0085 四日市市諏訪町2-2  
 TEL059-354-8281 Fax059-351-3304  
 Email hokenkikaku@city.yokkaichi.mie.jp  
 受付 8:30~17:15 月~金(祝日除く)