



ID・パスワード再発行届

医療ネットワーク岡山協議会長 殿

利用者 ID とパスワードの再発行をお願いしたいのでお届けします。

20 年 月 日

【再発行依頼者情報記入欄】

施設名	
施設の所在地	〒
氏名	ふりがな 印
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日
医籍番号	
電話・Fax	Tel () Fax ()
E-mail	

※郵送または、メールにデータを添付する形で協議会へ提出してください。

※事務局にて確認後、新しい ID とパスワードを郵送します。

