医療機関用 送付先（FAX）：**087-883-0202**　　　　　　　　　　　　　　　様式１

レセプト情報を活用した診療支援システム（K-MIX R BASIC）

　「登録」・「変更」・「解除」申請書

かがわ医療情報ネットワーク協議会　御中

施設名

申請責任者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

「レセプト情報を活用した診療支援システム（K-MIX R BASIC）」利用規約に同意の上、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 申請年月日
 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 1. 所在地
 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　 （　　　　）　　　　　FAX　　　 　（　　　　）　　　　 |
| 1. 所属郡市地区医師会
 | 　□会員（　　　　　　　）医師会 　□非会員 |
| 1. 医療機関番号

（レセプト申請時に利用する医療機関番号７桁をご記入ください。） | 　　　　　　37　　　　　1　　　　　　　　　　　　　　　（県コード２桁）　　＋　　（医療機関コード７桁） |
| 1. 取り纏め責任者
 | ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　所属部門　　　　　　　　　　お役職　　　　　　　　　　　　 |
| 1. ホームページアドレス
 | http:// |
| 1. 利用開始予定日
 | 令和　　　年　　月　　日を予定※承認後、14日後を目途にユーザID等発行又は機器登録をし、利用開始となります。 |

事務局記入欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受付No.　　　　　　　）

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| かがわ医療情報ネットワーク協議会事務局 | PDFにてe-mail | 　　　サポートデスク |
|  |  |  | (030602) |

(承認・保管)　　　　　　　　　　　　　　(ユーザID等の発行・送付、事務局へ連絡)

かがわ医療情報ネットワーク協議会

（TEL:087-823-1121　FAX：087-883-0202）

医療機関用　施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別添１(利用者登録)

1. 登録（変更・解除）利用者リスト

医師：患者の診療情報を閲覧する権限を持ち、K-MIX R BASICカードの事務手続きも可能。

医療機関職員：K-MIX R BASICカードの初回登録、再発行、登録解除等の事務手続きのみ可能。

患者の診療情報の閲覧は不可。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 申請区分 | □　登録　　　 □　変更　　　 □　解除 |
| 利用者 | □　医師　　　 □　医療機関職員ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　　　　　　　　　　　　　　@　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　　　　　　　お役職　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２ | 申請区分 | □　登録　　　 □　変更　　　 □　解除 |
| 利用者 | □　医師　　　 □　医療機関職員ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　　　　　　　　　　　　　　@　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　　　　　　　お役職　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ３ | 申請区分 | □　登録　　　 □　変更　　　 □　解除 |
| 利用者 | □　医師　　　 □　医療機関職員ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　　　　　　　　　　　　　　@　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　　　　　　　お役職　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ４ | 申請区分 | □　登録　　　 □　変更　　　 □　解除 |
| 利用者 | □　医師　　　 □　医療機関職員ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　　　　　　　　　　　　　　@　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　　　　　　　お役職　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ５ | 申請区分 | □　登録　　　 □　変更　　　 □　解除 |
| 利用者 | □　医師　　　 □　医療機関職員ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　　　　　　　　　　　　　　@　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　　　　　　　お役職　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ６ | 申請区分 | □　登録　　　 □　変更　　　 □　解除 |
| 利用者 | □　医師　　　 □　医療機関職員ふりがな氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　　　　　　　　　　　　　　@　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　　　　　　　お役職　　　　　　　　　　　　　　　 |

※1枚目の様式1と併せてFAXで同送願います。

※本紙面に書ききれない場合は、本紙面を複写の上、記載願います。

医療機関用　施設名：　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　別添２(機器登録)

⑨ 登録（解除）対象ＰＣリスト

|  |  |
| --- | --- |
| クライアント証明書の送付方法 | □　専用サイトからダウンロード　□　CD-Rで郵送 |

クライアント証明書は取り纏め責任者に送らせていただきます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １台目 | 申請区分 | □　登録　　　　　　　　 □　解除 |
| 型式シリアルNo | □　デスクトップPC　　　□　ノートPC メーカー :　　 機種名　： 　　シリアルNo. ： 　　　　　 |
| OS | □　Windows10　　　□　その他（　　　　　　　　） |
| 内蔵カメラの有無 | □　有り　　　　　 　 □　なし 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２台目 | 申請区分 | □　登録　　　　　　　　 □　解除 |
| 型式シリアルNo | □　デスクトップPC　　　□　ノートPC メーカー :　　 機種名　： 　　シリアルNo. ： 　　　　　 |
| OS | □　Windows10　　　□　その他（　　　　　　　　） |
| 内蔵カメラの有無 | □　有り　　　　 　　 □　なし 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ３台目 | 申請区分 | □　登録　　　　　　　　 □　解除 |
| 型式シリアルNo | □　デスクトップPC　　　□　ノートPC メーカー :　　 機種名　： 　　シリアルNo. ： 　　　　　 |
| OS | □　Windows10　　　□　その他（　　　　　　　　） |
| 内蔵カメラの有無 | □　有り　　　　　　 □　なし 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

シリアルNo.は大抵PC本体背面、底面、側面などに“Serial No”、“SSN,” “S/N”、“SN”と記載されている英数の番号です。

※無償貸与PCのみご利用の場合、別添２は不要です。

※1枚目の様式1および2枚目の別添１と併せてFAXで同送願います。

※本紙面に書ききれない場合は、本紙面を複写の上、記載願います。