**在宅医療安全/ヒヤリハット検索システム**

**【登録申請書】**

**＜留意事項＞**

◇本用紙に、必要事項をご記入・ご入力いただき、下記の登録専用メールアドレス宛にメール添付して送信してください。

◇ご記入前に、必ず「利用規約」をご確認ください。

◇登録申請後、ＩＤ／　パスワードをご連絡する際に数日間要する可能性がございます。申請後1週間たってもサイト管理者からの返答が届かない場合は、お手数をおかけいたしますが、再度、同様の専用アドレス宛にお問い合わせいただきますようお願いします。

　　登録専用メールアドレス：　info@nambyocare-db.jp

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日：　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日

|  |
| --- |
| 1. **ご氏名（ふりがな）** |
|  |
| **２）利用規約への同意**  ※必ず利用規約をご確認ください。同意しない場合は、本システムをご利用いただけません。 |
| * 利用規約に同意する　　　　　　　　　　　□利用規約に同意しない |
| 1. **職種**当てはまるものに○印またはチェックをしてください。「その他」の場合は、ご記入ください。 |
| □　医師　　　　　　　　□　看護師　　　　　　　　□　保健師　　　　　　　□　介護支援専門員  □　理学療法士　　　 □ 作業療法士　　　　　□　言語聴覚士　　　　□　救命救急士  □　臨床工学士　　　　□　放射線技師　　 □　医療機器業者  □　その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **４）所属機関名** |
|  |
| **５）メールアドレス** |
|  |
|  |

※この個人情報は、本サイトにおける事前登録以外の目的では使用いたしません。