

パスワード初期化依頼書

おおいた医療ネットワーク運営協議会
運用管理者 様

おおいた医療ネットへログインするためのパスワードの初期化を依頼いたします。

施設情報記入欄

依頼日	令和 年 月 日
依頼理由	第12条（漏洩） 第15条（忘失） ※第12条の初期化依頼については状況報告をしなければならない。
ふりがな 施設名	
ふりがな 施設管理者名	

【施設管理者 ID】

ID	氏名	性別	生年月日	職種
----	----	----	------	----

【医療従事者 ID】

ID	氏名	性別	生年月日	職種
----	----	----	------	----

※本書をコピーしたものを控えとして施設で管理してください。

連絡窓口	担当者	部署名	職種
------	-----	-----	----

運用責任者印	事務局受付印