

1-1\_3) 施設代表者情報入力

1. 施設代表者の入力をお願いします。  
医師は必須入力です。

### 施設代表者入力

医師を含む2名以上の登録をお願いします。

※メールアドレスはすべて違うものにして下さい。

登録状況 1/4

#### 医師

氏名 (姓)	氏名 (名)
<input type="text" value="日本"/>	<input type="text" value="一郎"/>
フリガナ (姓)	フリガナ (名)
<input type="text" value="ニホン"/>	<input type="text" value="イチロウ"/>
メールアドレス	送信テスト
<input type="text" value="dr@hospital.com"/>	<input type="button" value="クリックするとメールが送信されます"/>
	<small>必ず送信テストをして下さい。</small>
電話番号	FAX番号
<input type="text" value="0312345678"/>	<input type="text" value="0398745611"/>

**臨床工学技士**

**看護師**

**事務**

**医師以外に臨床工学技士、看護師、事務のいずれかを入力して下さい。**

© 2020, ARCADIA SYSTEMS Inc. All Rights Reserved.  
利用約款 プライバシーポリシー

2. 最大4職種まで登録可能です。

### 施設代表者入力

医師を含む2名以上の登録をお願いします。  
※メールアドレスはすべて違うものにして下さい。

登録状況 1/4

#### 医師

氏名 (姓)	氏名 (名)
<input type="text" value="松尾"/>	<input type="text" value="旭"/>
フリガナ (姓)	フリガナ (名)
<input type="text" value="マツオ"/>	<input type="text" value="アサヒ"/>

メールアドレス  送信テスト   
このメールアドレスは利用できません。 必ず送信テストをして下さい。

電話番号  FAX番号

#### 臨床工学技士

氏名 (姓)	氏名 (名)
<input type="text" value="佐野"/>	<input type="text" value="晴"/>
フリガナ (姓)	フリガナ (名)
<input type="text" value="サノ"/>	<input type="text" value="ハル"/>

メールアドレス  送信テスト   
このメールアドレスは利用できません。 必ず送信テストをして下さい。

電話番号  FAX番号

#### 看護師

#### 事務

© 2020. ARCADIA SYSTEMS Inc. All Rights Reserved.  
利用約款 プライバシーポリシー