

(第1号様式)

感染症情報発信システム利用登録申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市健康安全研究所企画調整担当課長

申請者 住所
医療機関名
代表者名
連絡先 担当者所属・氏名

川崎市感染症情報発信システムの利用を希望するため、川崎市感染症情報発信システム運用管理要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

医療機関名																																					
所在地	〒 ー 川崎市 区																																				
電話番号																																					
FAX番号																																					
E-MAIL (PC)																																					
E-MAIL (携帯) ※希望する場合																																					
休診日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 通常終日休診である曜日にレ点を入れてください。 例：第2・4土曜日のみ休診などの場合はレ点を入れないでください。																																				
標榜する診療科 ※記載のない診療科 がある場合は、空欄 に記入してくださ い。	<table><tr><td><input type="checkbox"/> 総合診療科 (総合診療内 科・総合診療部等を含む)</td><td><input type="checkbox"/> 眼科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 内科</td><td><input type="checkbox"/> 泌尿器科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 小児科</td><td><input type="checkbox"/> 整形外科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 新生児科</td><td><input type="checkbox"/> 精神・神経科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 皮膚科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 感染症科 (感染症内科・ 感染制御部等を含む)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 呼吸器内科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 産科・婦人科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 総合診療科 (総合診療内 科・総合診療部等を含む)	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 新生児科	<input type="checkbox"/> 精神・神経科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 感染症科 (感染症内科・ 感染制御部等を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 産科・婦人科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 総合診療科 (総合診療内 科・総合診療部等を含む)	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 新生児科	<input type="checkbox"/> 精神・神経科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 感染症科 (感染症内科・ 感染制御部等を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 産科・婦人科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
備考																																					

(第2号様式)

感染症情報発信システム利用登録申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市健康安全研究所企画調整担当課長

申請者 組織名又は施設名
代表者名
連絡先 担当者所属・氏名

川崎市感染症情報発信システムの利用を希望するため、川崎市感染症情報発信システム運用管理要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

組織名又は施設名	
所在地	〒 ー 川崎市 区
電話番号	
FAX番号	
E-MAIL (PC)	
E-MAIL (携帯) ※希望する場合	
備考	

(第3号様式)

感染症情報発信システム利用登録通知書

年 月 日

御中

川崎市健康安全研究所企画調整担当課長

川崎市感染症情報発信システム運用管理要綱第6条第2項の規定により、次のとおり登録しましたので通知します。

医療機関名	
所在地	〒 ー 川崎市 区
電話番号	
FAX番号	
E-MAIL(PC)	
E-MAIL(携帯)	
休診日	
標榜する診療科	
ユーザID	
パスワード	
ログインURL	
備考	

(第4号様式)

感染症情報発信システム利用登録通知書

年 月 日

御中

川崎市健康安全研究所企画調整担当課長

川崎市感染症情報発信システム運用管理要綱第6条第2項の規定により、次のとおり登録しましたので通知します。

組織名又は施設名	
所在地	〒 ー 川崎市 区
電話番号	
FAX番号	
E-MAIL (PC)	
E-MAIL (携帯)	
ユーザID	
パスワード	
ログインURL	
備考	

(第5号様式)

感染症情報発信システム利用登録変更等申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市健康安全研究所企画調整担当課長

申請者 住所
医療機関名
代表者名
連絡先 担当者所属・氏名

登録内容に変更等が生じたので、川崎市感染症情報発信システム運用管理要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請目的： <input type="checkbox"/> 登録内容変更 <input type="checkbox"/> 利用登録抹消 <input type="checkbox"/> その他（ ）
ユーザID

以下の欄は、利用登録内容を変更する場合のみ、変更後の内容を御記入ください。

医療機関名																																					
所在地	〒 ー 川崎市 区																																				
電話番号																																					
FAX番号																																					
E-MAIL (PC)																																					
E-MAIL (携帯) ※希望する場合																																					
休診日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 通常前日休診である曜日にレ点を入れてください。 例：第2・4土曜日のみ休診などの場合はレ点を入れないでください。																																				
標榜する診療科 ※記載のない診療科がある場合は、空欄に記入してください。	<table><tr><td><input type="checkbox"/>総合診療科 (総合診療内科・総合診療部等を含む)</td><td><input type="checkbox"/>眼科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>内科</td><td><input type="checkbox"/>泌尿器科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>小児科</td><td><input type="checkbox"/>整形外科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>新生児科</td><td><input type="checkbox"/>精神・神経科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>皮膚科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>耳鼻咽喉科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>感染症科 (感染症内科・感染制御部等を含む)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>呼吸器内科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>産科・婦人科</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 総合診療科 (総合診療内科・総合診療部等を含む)	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 新生児科	<input type="checkbox"/> 精神・神経科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 感染症科 (感染症内科・感染制御部等を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 産科・婦人科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 総合診療科 (総合診療内科・総合診療部等を含む)	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 新生児科	<input type="checkbox"/> 精神・神経科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 感染症科 (感染症内科・感染制御部等を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 産科・婦人科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
備考																																					

