

(送信先)日精協事務局パスワード照会係 FAX:03-5418-7721

日精協ホームページ会員専用ページ／日精協ファイリングシステム
ユーザー名・パスワード照会依頼書

ご希望の内容全てに☑を付けてください。

1. 会員専用ページのユーザー名・パスワード
:(送付先)日精協へご登録のメールアドレス又はFAX
2. 日精協ファイリングシステムのユーザー名・パスワード
- A. 協会登録者用:(送付先)協会登録者宛・親展郵送のみ対応
- B. 病院事務局用:(送付先)日精協へご登録のメールアドレス又はFAX

ご希望の送信先に☑を付けてください。但し、上記「2-A」は親展郵送のみの対応となります。

1. メールへの送付を希望する
2. FAXへの送付を希望する

※日精協にご登録いただいているアドレス又はFAXに限ります。

※メールアドレスを複数ご登録いただいている場合はご希望のアドレスをご記載ください。

以下ご記入ください。

会員番号	—	記入日	年 月 日
病院名			
部署・役職			
氏名			