

郵送

ID・パスワード紛失届

年 月 日

公益財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部 御中

下記のとおり、登録されているIDの再交付及び初期パスワードの設定を申請いたします。

医療機関名：

施設長名または院長名：

記

希望初期パスワード																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※希望初期パスワードは**数字12桁**を記入してください。

希望初期パスワードは、初回ログイン時のみ有効のパスワードです。ログイン後、今後ご使用になるパスワードへ変更してください。

* 医 療 事 故	入力担当者名	
	入力担当者所属・職名	
	入力担当者メールアドレス	
* ヒ ヤ リ ・ ハ ッ ト	入力担当者名	
	入力担当者所属・職名	
	入力担当者メールアドレス	
* 歯 科 ヒ ヤ リ ・ ハ ッ ト	担当者名	
	所属（所属部署がある場合）	
	職名	
	メールアドレス	

*参加している事業の担当者情報を記入してください。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

TEL : 03-5217-0252 (医療事故情報収集等事業)

TEL : 03-5217-2323 (歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業)

FAX : 03-5217-0253 (直通)

本申請書にてお預かりした医療機関情報については、当機構の個人情報保護方針に基づき、安全かつ適正に管理させていただきます。