

年 月 日

赤べこ Net アカウント登録依頼書

(FAX 送信先 : 0242-29-8500)

会津薬業連携協議会事務局 御中

下記の内容にて、赤べこ Net アカウント登録を依頼いたします。

ふりがな	
氏名	
所属医療機関	
連絡先	TEL : FAX :
希望 ID (ユーザー名)	※任意の文字数の英数字(大文字、小文字も区別)でご指定下さい。
メールアドレス	@
希望パスワード	英数字(大文字、小文字も区別)でご指定下さい。
備考欄	

※1つのメールアドレスに登録できるユーザーは1名のみです。個人のメールアドレスをご指定ください。