

年 月 日

沖縄県知事 殿

開設者住所 _____

開設者名 _____ 印

ユーザーID及びパスワード発行申請書（ 新規 ・ 再発行 ）

下記の施設につき、医療機能情報又は薬局機能情報の登録に必要ですので標記の申請を
します。

記

施設名： _____

所在地： _____

種 別：（ 病院・一般診療所・歯科診療所・助産所・薬局 ）

管轄保健所：（ 北部・中部・那覇市・南部・宮古・八重山 ）

【注意事項】

1. （ ）内は、該当する項目に○を記入してください。
2. 開設者は、当該事業者の許可取得者又は届出者です。
3. 印鑑は法人の場合は、代表者印を使用して下さい。個人の場合は認印でかまいません。