

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  
 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 御中

下記のとおり、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業へ登録されているIDの再交付及びパスワードの初期化を申請いたします。

\_\_\_\_\_年 月 日

薬局名 : \_\_\_\_\_

薬局開設者名 : \_\_\_\_\_

記

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

※ 希望初期パスワードは **12桁必須**とし、**数字**のみとします。  
 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。IDは本申請書受理後、電子メールにてご連絡いたします。

薬局の名称	
医療機関コード	
薬局開設者区分	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
薬局開設者 ※1	
薬局の管理者	
薬局の管理者 (カナ)	
担当者	
薬局の所在地 (郵便番号)	
薬局の所在地 (都道府県)	
薬局の所在地 (都道府県以降)	
電話番号	
ファクシミリ番号	
電子メールアドレス	

※ ファクシミリ番号以外は必須記入項目です。  
 ※1 薬局開設許可証等に記載されている氏名 (法人にあってはその名称) を記入して下さい。



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  
 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業  
 〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル  
 TEL:03-5217-0281 (直通)

本申請書にてお預かりした個人情報については、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。