

次の項目をご記入の上、ファックス  
または回答のみ電子メールでお送りください。  
FAX番号：045-370-8462  
E-mail ir-eiken@city.yokohama.lg.jp

年 月 日

感染症サーベイランスシステム 定点医療機関向けアカウント申請書

医療機関名 \_\_\_\_\_

住所 横浜市 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

1 システムご利用時に必要な二要素承認キーの送付先

⇒(1)～(3)の何れかをお選びください。

毎回ログイン後に通知される6桁番号の承認キーが送られます。  
承認キーを入力すると、システムを利用することができます。

何れかに丸印 [ (1) 電子メール → メールアドレスをご記入ください  
(2) 携帯電話へのSMS  
(3) 電話応答 (音声から聞き取り) ] → 電話番号をご記入ください

承認番号送付先 記入欄(枠内に1文字ずつ左詰めでご記入ください)


2 差支えなければご連絡用のメールアドレスを御記入ください

(上記「承認番号送付先 記入欄」と同一の場合は“同一”をご記入ください)


※登録いただいたメールアドレスには、定期的に開催されている横浜市感染症発生動向調査委員会の報告書や、インフルエンザ流行情報(流行時に発出)などの感染症臨時情報をお送りさせていただきます。

※ システムご利用には、感染症サーベイランスシステム利用規約の同意が必要です。  
利用規約は、キーワード「感染症サーベイランスシステム利用規約」でインターネット検索していただくことでご確認いただけます(規約は全国共通です)。  
アカウントを申請頂いた場合、利用規約に同意いただいたものといたします。

以上