

《動画視聴用 ID 発行申込時に必要な入力項目》

	項目名	必須	文字種	備考	入力例
1	個人情報の取り扱いの同意について	必須			(ラジオボタン)
2	会員病院 ID	必須	半角英数字	※ログイン ID を入力	
3	病院名	必須	全角		医療法人はなまる会 にここ病院
4	担当者__所属・役職	必須	全角		医療安全管理室 室長
5	担当者__氏名	必須	全角	※協議会窓口ご担当者	山田 太郎
6	担当者__電話番号	必須	電話番号形式のみ	※連絡先を入力	03-5217-2326
7	登録済__E-mail	必須	E-mail アドレスのみ	※会員更新（入会）時にご登録の E-mail アドレスを入力	anzen@jqhc.or.jp
8	E-mail (動画視聴用 ID 申請時、新たに登録するアドレス)	必須	E-mail アドレスのみ	※動画視聴用 ID のパスワードをお忘れのとき等に、新パスワードをお送りするアドレス	user@jqhc.or.jp
9	E-mail アドレス(確認用)	必須	E-mail アドレスのみ		user@jqhc.or.jp
10	備考欄			※連絡事項等あれば入力	

※「7:登録済__E-mail」と「8:E-mail」は、必ず異なるアドレスをご入力ください。

同一アドレスの場合は、システム上エラーとなるため動画視聴用 ID の発行はできません。