感染症サーベイランスシステム利用申請フォームの入力方法

1. 利用者名

全角漢字カナのみ、20文字までで、姓と名の間に全角でスペースを空けて入力してください。

入力例：●●　●●

1. 連絡先電話番号

半角数字のみ、ハイフンなしで入力してください。

1. 連絡先メールアドレス

半角英数字で入力してください。

入力いただいたメールアドレスあてに、ID、仮パスワード等のアカウント情報を送付します。

1. 所属機関

下のとおり、「09」もしくは「16」を選択してください。

医療機関（全数） 09

医療機関（定点） 16

1. 中核市コード

「250000」を選択してください。

1. 保健所コード

医療機関の所在地に応じて、下のとおり、いずれかを選択してください。

大津市保健所管内 31 草津保健所管内 53 甲賀保健所管内 54

東近江保健所管内 55 彦根保健所管内 57 長浜保健所管内 58

高島保健所管内 60

1. 個票・CSVダウンロードフラグ

下のとおり、「0」もしくは「2」を選択してください。

不可 ： 0

可 ： 2（推奨）。

1. 所属医療機関コード

ホームページに掲載している各保健所管内医療機関コードに記載されている、医療機関コードを半角数字で入力してください。保険医療機関コードとは異なりますのでご注意ください。

1. 二要素認証手段

下のとおり、「1」, 「2」もしくは「3」を選択してください。

メール 1

HER-SYSと同様に、IDとPWでログインした後にメール、SMS、電話のうち選択いただいた方法により、二要素認証用コードが通知されます。

SMS 2

電話 3

1. 二要素認証用電話番号

半角数字のみ、ハイフンなしで入力してください。

1. 二要素認証用メールアドレス

半角英数字で入力してください。

1. システム利用管理者

下のとおり、「1」もしくは「2」を選択してください。

システム利用管理者である ： 1

システム利用管理者ではない ： 2