

# JTSRIMアプリ（医師）利用申込書（表）

本利用申込書の提出先及び、問合せ先：  
Email:koba396@juntendo.ac.jp

※太枠内すべてにご記入をお願いいたします。

日本結節性硬化症学会事務局 宛  
下記の通り利用を申し込みます。

## ■お申込内容

申込日（記入日）	2020年	10月	19日
----------	-------	-----	-----

## ■利用申込者情報

氏名(カナ)	ガツカイ タロウ			医療機関名(カナ)	マルマルダイカクビョウイン
利用申込者氏名	学会 太郎			勤務医療機関名	〇〇大学病院
施設勤務開始日	20XX年	4月	1日	診療科名(カナ)	ショウニカ
				診療科名	小児科

## ■勤務先情報

郵便番号	住所（カナ）	マルマルケンマルマルシダイカク		
XXX-XXXX	住所	〇〇県〇〇市 大学1-1		
勤務先（TEL）	0XX-XXX-XXXX		システム 登録 E-mail	abcd @ efg-med.ac.jp
内線番号	XXXX			
勤務先（FAX）	0XX-XXX-XXXX			

## 【JTSRIM利用申込について】

※JTSRIMは日本結節性硬化症学会と株式会社Welbyが共同開発し、株式会社Welbyにて保守管理・運営しております。  
 ※本申込書（表・裏）に必要情報を入力後、下記に記載の日本結節性硬化症学会事務局にPDFファイルの形でメールに添付してお送りください。  
 ※送付メールの件名を「JTSRIM医師登録申し込み希望」として下さい。  
 ※ご本人様確認のため、ご勤務先の名刺ないしは職員証、および運転免許証などの身分証明書のコピーのPDFファイルのご提出をお願いいたします。  
 ※JTSRIM利用登録にあたり、ご記載いただいた連絡先（勤務先情報含む）へ、ご本人確認のご連絡をさせていただく場合がございます。  
 ※利用者の情報に関しては、日本結節性硬化症学会事務局及び、株式会社WelbyにてID（システム登録E-mail）/PW発行を目的として管理・保管させていただきます。  
 ※事務局によるご本人確認が取れなかった場合、JTSRIMのご利用登録はいただけません。

## 【申込先】

E-mail : koba396@juntendo.ac.jp  
 日本結節性硬化症学会事務局  
 小林敏之

## 事務局使用覧

日本結節性硬化症学会事務局	Welby事務局	Welby事業長	承認			
日付 /	日付 /	日付 /	日付 /			
備考						

