

WAM NET利用機関用届出書

独立行政法人福祉医療機構

記入日： 年 月 日

WAM NET中央センター長 様

「WAM NET利用規約」に同意し以下の通り届出ます。

※【注意！】当サイトで公開されている各種情報に対する登録・変更・削除等はこの届出ではできません。

※【注意！】太枠内（必須）を記入下さい。なお、変更を届出の場合は変更後の情報を記入下さい。

1. 届出する内容の選択と、届出の対象となるユーザーIDを記入下さい。

届出内容	<input type="checkbox"/> 再発行	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 中止
ユーザーID	※ユーザーIDが不明で名称の変更を届出の方は、変更前の名称を記入下さい。		

2. 次の「3」へ記入する施設を運営している、法人・団体本部の情報を記入下さい。

住所	〒		
(ふりがな) 法人名称	（		
(ふりがな) 代表者氏名	（	電話番号	（

3. 届出を行う施設の情報（利用機関情報）と、今回の届出に関する担当者（連絡先）を記入下さい。

所在地	〒		
(ふりがな) 施設又は事業所 名称	（		
(ふりがな) 利用責任者氏名	（	電話番号（内線）	（
		FAX 番号	
利用担当部署	メールアドレス	※ユーザーID及びパスワード等の送信先になります。	
(ふりがな) 届出担当者氏名	（	担当者所属名	
		担当者連絡先	<input type="checkbox"/> 「2」に記入した法人・団体宛に連絡を希望。 <input type="checkbox"/> 「3」に記入した施設宛に連絡を希望。

4. 再発行の届出をする方のみ、以下を選択下さい。なお発送先は「3」の施設宛となります。

希望する品	<input type="checkbox"/> ユーザーID及びパスワード	<input type="checkbox"/> その他（	）
受取り方法	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> 用紙	※ユーザーIDによってはご希望に添えない場合がありますので、予めご了承下さい。

5. 中止（解約）の届出をする方のみ、以下を記入下さい。なお理由は具体的をお願いします。

解約希望日	年 月 日
理由	

【中央センター使用欄】	受付日(者)	処理日(者)	

※書類は利用機関(ユーザーID)毎に作成し、下記まで送付下さい。

【郵送】独立行政法人福祉医療機構 情報事業部 WAM NET 事業課 (〒105-8486 東京都港区虎ノ門 4-3-13 ヒューリック神谷町ビル 9F)

【メール】 webmaster2@wamnet.wam.go.jp