

参加証お申込み手順

※以下に記載の手順につきましては 7月1日以降の手順となります。

1. サポートインフォメーションサイトへのログイン

- ① サポートインフォメーションサイトのトップ画面、右上に表示の「ログイン」をクリックし、ログインをお願いします。

ログインの際には施設 ID、または施設メンバーID でのログインをお願いします。

※個人 ID でログインの場合、参加証のお申込みはできませんのでご注意ください。



- ② ログイン後、サポートインフォメーションサイト トップ画面の「外部精度管理サービス参加証お申込み バナー」をクリックします。



- ③ 7月1日以降にバナーをクリックすると「参加証お申込みのご案内」が表示されますので内容をご確認の上、本文中のお申込み先よりお申込みフォームに進んでください。
- ④ この時点で未ログインの場合、以下のログインを促す画面が表示されますので、施設 ID、または施設メンバーIDでのログインをお願い致します。
- ※個人 ID でログインの場合、参加証のお申込みはできませんのでご注意ください。

● ログイン

ユーザーID	<p>このページは施設ID及び施設メンバーのお客様のみ閲覧できます。該当のアカウントでログインしてください。</p> <input type="text" value="XXXXXX"/>
パスワード	<input type="password"/>

※半角英数字で大文字・小文字を間違いなく入力してください。
※Caresphere™ XQC/QC-Registerをご利用の場合は、ログイン後に画面上部のメニュータブから各システムにお入りください。

[・パスワードをお忘れの方](#)

ログイン

2. 申込みフォームへの入力

- ① ログイン後、申込みフォームへの項目の入力、または必要に応じて、ご施設名、部署名、ご連絡先の編集をお願い致します。

● お問い合わせ

※ は必須

(a)	お問い合わせの件名 ※	Caresphere™XQC参加証申込み
(b)	お名前 ※	<input type="text"/>
(c)	フリガナ ※	<input type="text"/> (全角カナまたは半角英数)
(d)	ご施設名/会社名 ※	<input type="text" value="サポートインフォメーション病院"/> 参加証に表記する施設名を正確にご記入ください
(e)	所属部署名 ※	<input type="text" value="サポートインフォメーション部門"/> 参加証に表記する部署名を正確にご記入ください。 部署名を表記しない場合は数字の「0」をご入力ください。
(f)	電話番号 ※	<input type="text" value="1111-22-3333"/> (半角数字)
(g)	内線番号	<input type="text"/> (半角数字)
(h)	メールアドレス ※	<input type="text"/>
(i)	特記事項	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> 特記事項などございましたらご記入ください。

入力いただいたお名前・メールアドレス等の個人情報は、お問い合わせ以外の他の用途で利用することはありません。[個人情報取り扱い基準]

クリア
入力内容の確認へ

※必須項目

(a)	件名	「Caresphere™XQC 参加証申込み」
(b)	お名前※	お申込者様のお名前をご入力お願いします。
(c)	フリガナ※	お申込者様のフリガナをご入力お願いします。
(d)	施設名※	サポートインフォメーションサイトへの登録施設名が表示されますが、変更・修正をご希望の場合は上書きでの変更をお願いします。 (注) こちらのご施設名が参加証に表記されますので、正確な記載をお願いします。
(e)	部署名※	サポートインフォメーションサイトへの登録部署名が表示されますが、変更・修正をご希望の場合は上書きでの変更をお願いします。 (注) 部署名が無い場合「0」を入力してください。 こちらの施設名が参加証に表記されますので、正確な記載をお願いします。
(f)	電話番号※	サポートインフォメーションサイトへの登録電話番号が表示されますが、参加証のお申込みについて確認が必要な際、弊社からのご連絡が可能なお電話番号のご入力をお願いします。
(g)	内線番号	ご連絡先に内線をご使用の場合、内線番号のご記入をお願いします。
(h)	メールアドレス※	こちらのメールアドレス宛に参加証アップロードのお知らせをご連絡させていただきます。
(i)	特記事項	発行後の参加証の修正等、特記事項がございましたらこちらにご記入をお願いします。

- ② 申込みフォームに必要事項を入力、または編集後、画面右下の「[入力内容の確認へ](#)」をクリックしてください。

● お問い合わせ

※ は必須

お問い合わせの件名 ※	Caresphere™XQC参加証申込み
お名前 ※	<input type="text" value="〇〇〇〇"/>
フリガナ ※	<input type="text" value="〇〇〇〇"/> (全角カナまたは半角英数)
ご施設名/会社名 ※	<input type="text" value="サポートインフォメーション病院"/> 参加証に表記する施設名を正確にご記入ください
所属部署名 ※	<input type="text" value="サポートインフォメーション部門"/> 参加証に表記する部署名を正確にご記入ください。 部署名を表記しない場合は数字の「0」をご入力ください。
電話番号 ※	<input type="text" value="1111-22-3333"/> (半角数字)
内線番号	<input type="text" value="000000"/> (半角数字)
メールアドレス ※	<input type="text" value="〇〇〇〇@XXXX.co.jp"/>
特記事項	<input type="text" value="〇〇〇"/> 特記事項などございましたらご記入ください。

入力いただいたお名前・メールアドレス等の個人情報は、お問い合わせ以外の他の用途で利用することはありません。[[個人情報取り扱い基準](#)]

クリア

入力内容の確認へ

- ③ お申込み内容を確認後、「送信」をクリックしお申込みを完了させてください。

● お問い合わせ

お問い合わせの件名 ※	Caresphere™XQC参加証申込み
お名前	〇〇〇〇
フリガナ	〇〇〇〇
ご施設名/会社名	サポートインフォメーション病院
所属部署名	サポートインフォメーション部門
電話番号	1111-22-3333
内線番号	00000
メールアドレス	〇〇〇〇@XXXX.co.jp
特記事項	〇〇〇

戻る

送信

以上