

参加証お申込み手順

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

Caresphere™XQC/QC-Registerをご利用の場合は、ログイン後に製品/ソリューションサービスからお入りください。
※パスワードは大文字と小文字を区別してください。

[パスワードをお忘れの方](#)
[会員登録をご希望の方](#)

[ログイン >](#)

2. お申込みの状況の確認

- ① 参加証につきましては、1施設につき1部の発行となります。

申込みフォームへご入力頂く前に、マイページへのリンクをクリック頂き、ご施設でのお申込みの有無のご確認をお願い致します。

お問い合わせ

急ぎの個別対応は致しかねますので、ご了承ください。
申込みの有無については、マイページよりご確認ください。

お問い合わせ

※ は必須

| | |
|--------|--|
| 名前 ※ | |
| フリガナ ※ | |

(全角カナまたは半角英数)

- ② マイページにて、ステータスが「質問」、件名が「Caresphere™ XQC 参加証申込み」、送信日時が 2025年7月以降の問い合わせが確認された場合、貴施設でのお申込みは完了済のため、お申込みは不要になります。

■■■■様の問い合わせ

問い合わせフォームへ >
全件表示

| ステータス | 件名 | 送信日時 | 質問・回答者 |
|-------|-----------------------|------------------|--|
| 質問 | Caresphere™ XQC参加証申込み | 2025/06/24 13:20 | ■■■■ → |
| 回答 | 免疫分野・製品の問い合わせ | 2025/06/24 11:30 | ■■■■ → |
| 質問 | 免疫分野・製品の問い合わせ | 2025/06/24 11:27 | ■■■■ → |

3. 申込みフォームへの入力

① 申込み有無の確認後、申込みフォームへの項目の入力をお願い致します。

※ デフォルトで、サービスインフォメーションサイトの登録情報が表記されていますが、ご確認のうえ、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

急ぎの個別対応は致しかねますので、ご了承ください。
 申込みの有無については、[マイページ](#)よりご確認ください。

お問い合わせ

※ は必須

| | | |
|-----|--------------------|---|
| (a) | 名前 ※ | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| (b) | フリガナ ※ | <input style="width: 95%;" type="text"/> <small>(全角カナまたは半角英数)</small> |
| (c) | メールアドレス ※ | <input style="width: 95%;" type="text"/> <small>(半角英数)</small> |
| (d) | メールアドレス (確認用) ※ | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| (e) | 施設名/会社名 ※ | <input style="width: 95%; background-color: #333; color: #333;" type="text"/> <small>参加証に表記する施設名を正確にご記入ください</small> |
| (f) | 所属部署名 ※ | <input style="width: 95%; background-color: #333; color: #333;" type="text"/> <small>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。</small> |
| (g) | 電話番号 ※ | <input style="width: 95%; background-color: #333; color: #333;" type="text"/> <small>(半角英数)</small> |
| (h) | 内線番号 | <input style="width: 95%;" type="text"/> <small>(半角英数)</small> |
| (i) | 問い合わせ件名 ※ | Caresphere™XQC参加証申込み |
| (j) | 特記事項 | <div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px; width: 100%;"></div> <small>特記事項などございましたらご記入ください。 修正に伴う再発行のお申込みの場合は、「再発行」の理由をご記入ください。</small> |

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) | お名前※ | お申込者様のお名前をご入力お願いします。 |
| (b) | フリガナ※ | お申込者様のフリガナをご入力お願いします。 |
| (c), (d) | 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。 |
| (e) | 施設名／会社名※ | 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。 |
| (f) | 所属部署名※ | 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。 |
| (g) | 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。 |
| (h) | 内線番号 | 入力は任意です。 |
| (i) | 問い合わせ件名 | 「Caresphere™XQC 参加証申込み」 |
| (j) | 特記事項 | 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。 また、修正に伴う再発行のお申込みの場合は、再発行の理由をご記入ください。 |

- 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

急ぎの個別対応は致しかねますので、ご了承ください。
申込みの有無については、[マイページ](#)よりご確認ください。

お問い合わせ

※ は必須

| | |
|--------------------|--|
| 名前 ※ | <input type="text"/> |
| フリガナ ※ | <input type="text"/> (全角カナまたは半角英数) |
| メールアドレス ※ | <input type="text"/> (半角英数) |
| メールアドレス (確認用) ※ | <input type="text"/> |
| 施設名/会社名 ※ | <input type="text"/> 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"/> 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"/> (半角英数) |
| 内線番号 | <input type="text"/> (半角英数) |
| 問い合わせ件名 ※ | Caresphere™XQC参加証申込み |
| 特記事項 | <input type="text"/> 特記事項などございましたらご記入ください。 修正に伴う再発行のお申込みの場合は、「再発行」の理由をご記入ください。 |

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](#)】

- 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

| | |
|---------|----------------------|
| 名前 | ■■■■■ |
| フリガナ | ■■■■■ |
| メールアドレス | ■■■■■ |
| 施設名/会社名 | ■■■■■ |
| 所属部署名 | ■■■■■ |
| 電話番号 | ■■■■■ |
| 内線番号 | |
| 問い合わせ件名 | Caresphere™XQC参加証申込み |
| 特記事項 | |

[戻る](#) [送信 >](#)

以上