

2026/07/01

シスメックス株式会社
精度管理センター

2025 年度外部精度管理サービス参加証 お申込み手順

※本手順は、2025 年度（2025/4/1~2026/3/31）参加実績に対する参加証のお申込み方法です。
※お申込みは、7月1日より開始します。7/1 以降、以下の手順に従ってお申込みください。

【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「**参加証発行申込み バナー**」をクリックします。



- ③ 7月1日以降、バナーをクリックいただくとご案内文が表示されます。
本文中の「**2025年度参加証のお申込みはこちらをご覧ください**」のリンクをクリックし、表示される「**参加証お申込みのご案内**」をご確認のうえ、本文中のお申込先よりお申込みフォームへお進みください。
- 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](#)

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)	名前 ※	<input type="text"/>
(b)	フリガナ ※	<input type="text"/> (全角カナまたは半角英数)
(c)	メールアドレス ※	<input type="text"/> (半角英数)
(d)	メールアドレス (確認用) ※	<input type="text"/>
(e)	施設名/会社名 ※	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
(f)	所属部署名 ※	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。
(g)	電話番号 ※	<input type="text"/> (半角英数)
(h)	内線番号	<input type="text"/> (半角英数)
(i)	問い合わせ件名 ※	Caresphere™XQC参加証申込み
(j)	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](#)】

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)	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。
(d)	メールアドレス (確認用)※	確認のため、もう一度ご入力をお願いいたします。
(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部署名が表示されますが、修正・変更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※	こちらの所属部署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。部署名が無い場合「0」を入力してください。
(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	ご連絡先に内線をご使用の場合、内線番号のご入力をお願いします。
(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、こちらにご入力をお願いします。

- 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

名前 ※	<input type="text" value="0000"/>
フリガナ ※	<input type="text" value="0000"/> <small>(全角カナまたは半角英数)</small>
メールアドレス ※	<input type="text" value="0000@XXX.co.jp"/> (半角英数)
メールアドレス (確認用) ※	<input type="text" value="0000@XXX.co.jp"/>
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"/> <small>参加証に表記する施設名を正確にご記入ください</small>
所属部署名 ※	<input type="text" value="サポートインフォメーション部門"/> <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>
電話番号 ※	<input type="text" value="000-000-0000"/> (半角英数)
内線番号	<input type="text" value="0000"/> (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" value="0000"/> <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 >](#)

- 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	〇〇〇〇
フリガナ	〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇〇〇@XXXX.〇〇.jp
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	000-000-0000
内線番号	0000
問い合わせ件名	Caresphere™XQC参加証申込み
特記事項	〇〇〇〇

戻る

送信 >

お申込みに関する注意事項

- 1施設につき、1部の参加証を発行いたします。
なお、参加証の附属書には、外部精度管理サービスにご参加いただいたすべての装置および分野が反映されます。
- 参加証記載内容の修正による再発行を除き、同一施設からの複数のお申込みは承っておりません。
お手数ですが、いずれかの申込み期間に1回のお申込みをお願いいたします。
- お申込みフォームにご入力いただいた施設名・部署名をもとに参加証を作成いたします。
参加証に記載する名称は正確にご入力ください。
- お申込み後、参加証の記載内容に修正が必要な場合は、お申込みフォームの特記事項欄にてお知らせください。詳細は「参加証ダウンロードと修正手順」をご参照ください。
- お申込み期間を過ぎてのご依頼はお受けいたしかねますので、あらかじめご了承ください。

以上