

2026/6/19

シスメックス株式会社
精度管理センター

参加証ダウンロードと修正手順

1. 参加証のダウンロード

- ① 参加証(PDF)がマイページにアップロードされると、お申込みの際にご入力頂いたメールアドレス宛にお知らせのメールが届きます。
- ② マイページへのログイン
アップロードのお知らせのメール受信後、サポートインフォメーションサイトの画面、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、参加証お申込みの際に使われた施設 ID、または施設メンバーID でのログインをお願いします。



- ③ ログイン後、画面 右上に表示の「マイページ」から「**問い合わせ・予約・申込**」を選択してください。



- ④ 「お問い合わせ一覧」の「〇〇様の問い合わせ」から「Caresphere™XQC 参加証申込み」に対する「回答」を選択します。

〇〇様の問い合わせ		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
回答	Caresphere™XQC参加証申込み 	2026/00/00 00:00	〇〇〇〇@XXXX.co.jp →
質問	Caresphere™XQC参加証申込み	2026/00/00 00:00	〇〇〇〇 →

- ⑤ 「お問い合わせへの回答」を確認後、添付の PDF を選択し、ファイルをダウンロードします。

お問い合わせへの回答

ご担当者名	〇〇〇〇@XXXX.co.jp
ご件名	Caresphere™XQC参加証申込み
お問い合わせ内容	その他
本文	参加証PDFをアップロードいたしましたので、ご査収の程よろしくお願いたします。
添付ファイル1	〇〇〇病院_参加証.pdf

2. 参加証の修正

参加証の記載内容に修正が必要な場合、下記手順に従い修正内容のご連絡をお願いします。

- ① 「Caresphere™XQC 参加証申込み」に対する回答を選択し、画面、右下の「返信する」をクリックします。

● お問い合わせへの回答

ご担当者名	〇〇〇〇@XXXX.co.jp
ご件名	Caresphere™XQC参加証申込み
お問い合わせ内容	その他
本文	参加証PDFをアップロードいたしましたので、 ご査収の程よろしくお願いたします。
添付ファイル1	〇〇〇病院_参加証.pdf

戻る

返信する

- ② 再度、「お問合せ」が表示されますので、(m)「お問い合わせ内容」に修正・変更内容をご入力の上、「入力内容の確認」の後、「送信」をお願いします。

※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)	職業※	ご職業をお選びください。
(f)	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。
(g)	所在地/ご住所※	所在地/ご住所をご入力ください。
(h)	所属部署名※	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。部署名が無い場合「0」を入力してください。
(i)	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。
(j)	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。
(k)	問い合わせ件名※	Re:「Caresphere™ XQC 参加証申込み」
(l)	ID/製品名※	ID または製品名をご入力お願いします。
(m)	お問い合わせ内容※	修正・変更等、お問い合わせ内容をご入力お願いします。
(n)	添付ファイル	添付ファイルがある場合は、こちらからアップロードをしてください。

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)	職業 ※	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 検査技師 <input type="radio"/> 薬剤師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 臨床工学技士 <input type="radio"/> その他: <input type="text"/>
(f)	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"/> 正式名称でご入力ください。
(g)	所在地/ご住所 ※	<input type="text"/> - <input type="text"/> (半角英数) <input type="text" value="都道府県"/> <input type="button" value="▼"/> <input type="text"/>
(h)	所属部署名 ※	<input type="text" value="サポートインフォメーション部門"/>

(i)	電話番号 ※	<input type="text" value="00000000000"/>	(半角英数)
(j)	内線番号	<input type="text"/>	(半角英数)
(k)	問い合わせ件名 ※	<input type="text" value="Re: Caresphere™XQC参加証申込み"/>	
(l)	ID/製品名 ※	<input type="text"/>	
(m)	問い合わせ内容 ※	<input type="text"/>	
(n)	添付ファイル	<p>1つのお問い合わせあたり5個までファイル添付可能です。 添付ファイルを含み合計のお問い合わせ容量が15MBを超えると新規お問い合わせ作成が出来ません。 その場合は不要な添付ファイルを削除して下さい。</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; text-align: center;"> <p>ここにファイルをドラッグ&ドロップしてください。 または</p> <p>添付ファイルを選択</p> </div>	

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 >](#)

以上