

## 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「お問い合わせ・予約・申込」を選択してください。



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

[redacted]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
<b>回答</b>	Caresphere™XQC参加証申込み	2025/06/24 13:2	シスメックス ●●●● →
<b>質問</b>	Caresphere™XQC参加証申込み	2025/06/24 13:20	[redacted] →

- 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

---

お問い合わせへの回答

ご担当者名	X X X X X X
ご件名	Caresphere™XQC参加証申込み
本文	参加証PDFをアップロードしましたので、ご査収の程よろしくお願い致します
添付ファイル1	<u>〇〇〇病院 参加証.pdf</u>

戻る
返信する

## 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

---

お問い合わせへの回答

ご担当者名	x x x x x x
ご件名	Caresphere™XQC参加証申込み
本文	参加証PDFをアップロードしましたので、ご査収の程よろしくお願い致します
添付ファイル1	〇〇〇病院 参加証.pdf

- ② 再度、「お問合せ」が表示されますので、(e)「施設名／会社名」、(f)「所属部署名」に変更後・修正後の名称、(j)「特記事項」に「再発行」の理由をご入力の上、「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), (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。 <span style="color: red;">(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。</span>

(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。

## 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 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 ※	<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
(f)	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。
(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 >

以上