

もがみネット利用に係る再交付申請書

令和 年 月 日

最上地域医療連携推進協議会長 殿

施設名：_____

施設利用管理責任者

施設長：_____

下記のとおり再交付を申請します。

記

再交付を必要とするもの (該当する番号に○を付けてください。)	1	デジタル証明書
	2	管理用ユーザーID・パスワード、デジタル証明書インストールパスワード通知
	3	個人用ユーザーID・パスワード通知 (個人名：_____)
再 交 付 の 理 由		
備 考		

担当者氏名_____

連絡先_____