

# 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 \_\_\_\_\_