施設ID、パスワード、確認番号再発行申請書

【再発行の申請】申請する項目の にチェックをし、ご記入ください。

施設ID再発行	☐
パスワード再発行 (統括管理者用 管理者用)	☐
確認番号再発行 (統括管理者用 管理者用)	☐

【登録情報】

施設ID			再発行の場合は空欄
パスワード			再発行の場合は空欄
確認番号			再発行の場合は空欄
開始希望年月日	20 年 月 日 (申込日より7日以降)		
施設名			施設印欄
住所	〒		
代表番号			
PC e-mail			
担当者		所 属	

開始希望年月日は再発行するID、パスワード又は確認番号を有効とする日付を記入して下さい。
 また、開始希望年月日はご希望にそえない場合が御座いますので、予めご了承下さい。

【ご注意】

1. 「火災一斉メールシステム」にお申し込みされた施設ID、パスワード、確認番号の再発行を行います。
2. 手続きには、「施設ID、パスワード、確認番号再発行申請書」が必要となります。
3. 「登録情報」にご記入いただいた情報と火災一斉メールシステムに登録されている施設様の情報が一致した場合のみ再発行させていただきます。登録情報が一致しない場合は、お手続きを行えませんので、予めご了承ください。
4. 再発行の手続きを申請された場合、従来のパスワード、確認番号は使用不可能となりますのでご注意ください。

－弊社記入欄－

受付	確認	再発行	保管

申請用紙送付先
 有限会社加藤電工 内火災一斉メールシステム事務局
 〒877-0044 大分県日田市隈2丁目1番18号

【FAX送信先 0120-19-5370】

申請書記入例

火災一斉メールシステム事務局 行

申請日

2010年 4月 1日

施設ID、パスワード、確認番号再発行申請書

【再発行の申請】申請する項目の にチェックをし、ご記入ください。

施設ID再発行	
レ パスワード再発行 (統括管理者用 管理者用)	
レ 確認番号再発行 (統括管理者用 管理者用)	

【登録情報】

施設ID	123456	再発行の場合は空欄
パスワード		再発行の場合は空欄
確認番号		再発行の場合は空欄
開始希望年月日	20 10 年 4 月 8 日 (申込日より7日以降)	
施設名	医療法人社団 火災一斉 病院	施設印欄
住所	〒123-1234 県 市 町 番 号 ビル	
代表番号	12 - 3456 - 7890	
PC e-mail	kasai@issei.com	
担当者	火災 太郎	所 属 代表取締役

開始希望年月日は再発行するID、パスワード又は確認番号を有効とする日付を記入して下さい。
また、開始希望年月日はご希望にそえない場合が御座いますので、予めご了承下さい。

【ご注意】

- 「火災一斉メールシステム」にお申し込みされた施設ID、パスワード、確認番号の再発行を行います。
- 手続きには、「施設ID、パスワード、確認番号再発行申請書」が必要となります。
- 「登録情報」にご記入いただいた情報と火災一斉メールシステムに登録されている施設様の情報が一致した場合のみ再発行させていただきます。登録情報が一致しない場合は、お手続きを行えませんので、予めご了承ください。
- 再発行の手続きを申請された場合、従来のパスワード、確認番号は使用不可能となりますのでご注意ください。

－弊社記入欄－

受付	確認	再発行	保管

申請用紙送付先
有限会社加藤電工 内火災一斉メールシステム事務局
〒877-0044 大分県日田市隈2丁目1番18号

【FAX送信先 0120-19-5370】