〇をすべて入力して提出してください。

ユーザID ※入力不要 青：入力問題なし 赤：上に詰めて入力してください。	利用者名 例：●●　●● ※全角のみ可。 20字まで。 環境依存文字は登録できません。	連絡先電話番号 ※ハイフンなしで 半角入力	連絡先メールアドレス ※このアドレスあてにアカウント情報を送付します。 例：●●@●●.●●.jp(半角英数字入力)	所属機関 分類コード 09:医療機関（全数） 16:医療機関（定点） 11:動物診療施設	中核市コード ※別資料 参照	保健所 コード ※別資料 参照	個票・CSV ダウンロードフラグ （感染症発生動向調査サブシステム） 0:不可 2:可（推奨）	所属医療機関／ 動物診療施設コード ※別資料参照	二要素認証用 電話番号 ※ハイフンなしで半角入力 AN列が 「2:SMS」「3:電話」 の場合入力必須	二要素認証用メールアドレス 例：●●@●●.●●.jp(半角英数字で入力) AN列が「1:メール」の場合、入力必須	二要素認証 手段コード 1:メール 2:SMS 3:電話	表示・通知優先保健所コード ※管轄の保健所が支所の場合入力
	〇	〇	〇	●	●	●	〇	●	〇	〇	〇	●

〇病院名でなく
担当者の個人名にて
登録となります。

●すでに入力してあります。
そのまま変更せずに提出してください。

●保健所で入力します。
空欄のまま提出してください。

●保健所で入力します。
空欄のまま提出してください。