

施設登録申請（新規登録）について



施設登録申請

1. 施設管理者の決定

施設におけるはち丸ネットワークの管理者として、施設管理者を決めてください。

2. Webによる申請

本書の手順に従って、はち丸ネットワークホームページより、施設管理者が施設登録申請を行ってください。

3. 端末の設定 (電子証明書のインストール)

名古屋市はち丸在宅支援センターによる承認後、申請時にご登録いただいたメールアドレス宛に端末設定に関するメールをお送りします。メール内容に従って、ご利用端末へ電子証明書をインストールしてください。

はち丸ネットワークのホームページへアクセス
<https://ehr.hachimaru-net.nagoya/>

The screenshot shows the homepage of the Hachimaru Network. At the top left is the logo and name 'はち丸ネットワーク' (Hachimaru Network) with the tagline '医療・介護連携ネットワーク' (Medical and Nursing Collaboration Network). Below this are navigation links for '市民向け・事業所向け' (For Citizens/Businesses) and 'ホーム' (Home). At the top right, there are four buttons: 'ログイン' (Login), '接続方法のご案内' (Connection Method Guide), '証明書ダウンロード' (Certificate Download), and '施設登録申請' (Facility Registration Application). The '施設登録申請' button is highlighted with a red box and a callout bubble that says 'ページ上部の「施設登録申請」をクリック' (Click 'Facility Registration Application' at the top of the page). Below the navigation is a large banner with a cityscape illustration and the text '医療・介護を結ぶネットワーク はち丸ネットワーク' (Medical and Nursing Collaboration Network Hachimaru Network).

ページ上部の
「施設登録申請」をクリック

施設登録申請

施設登録申請

この申請を行うとともに所在区の在宅医療・介護連携支援センターに「誓約書」をご提出ください。

施設情報

正式施設名 *	
正式施設名カナ *	
施設名 (略称) *	
	※15文字以内で入力
郵便番号 *	例) 460-0001 <input type="button" value="検索"/>
	(半角数字 ハイフンを含めて入力)
都道府県 *	愛知県
市区町村 *	
町域 (大字) *	
番地 *	
建物名等	(任意)
施設電話番号 *	
	※半角数字 ハイフンを含めて入力
施設属性 *	-- 選択してください --

施設管理者情報

担当者名 姓 *	
担当者名 名 *	
担当者名 セイ *	
担当者名 メイ *	
資格属性 *	-- 選択してください --
職種属性 *	-- 選択してください --
メールアドレス	

施設情報を入力

施設情報

正式施設名 *	
正式施設名カナ *	
施設名 (略称) *	
	※15文字以内で入力
郵便番号 *	例) 460-0001 <input type="button" value="検索"/>
	(半角数字 ハイフンを含めて入力)
都道府県 *	愛知県
市区町村 *	
町域 (大字) *	
番地 *	
建物名等	(任意)
施設電話番号 *	
	※半角数字 ハイフンを含めて入力
施設属性 *	医科診療所
医療機関番号 *	県コード 区分 医療機関等コード
	23 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 不明
	※不明の場合はチェックをつけてください

施設属性において、
医療関係施設を選択した場合は**医療機関番号**を、
介護関係施設を選択した場合は**介護保険事業所番号**を
入力してください。

どちらも不明の場合は、“不明”にしてください。



施設登録申請

施設登録申請

この申請を行うとともに所在区の在宅医療・介護連携支援センターに「誓約書」をご提出ください。

施設情報

正式施設名 *	<input type="text"/>
正式施設名カナ *	<input type="text"/>
施設名 (略称) *	<input type="text"/>
	<small>※15文字以内で入力</small>

施設管理者情報を入力

資格属性において、**医師**を選択した場合、**診療科名称等**及び**医籍登録番号**を入力してください。

施設管理者情報

担当者名 姓 *	<input type="text"/>
担当者名 名 *	<input type="text"/>
担当者名 セイ *	<input type="text"/>
担当者名 メイ *	<input type="text"/>
資格属性 *	医師 (MedicalDoctor) (Dr) ▼
職種属性 *	-- 選択してください -- ▼
メールアドレス *	<input type="text"/>
メールアドレス確認 *	<input type="text"/>
ユーザ名(ログインID) *	<input type="text"/>
	<small>※10桁以上の半角英数字記号にて入力 ※使用できる記号は - = ^ ~ [] { } / ? ! " # \$ % & () < > + * : ; , _ @ です。</small>
パスワード *	<input type="password"/>
	<small>※8桁以上の英数字にて入力 ※英数字記号を最低1つずつ使用し組み合わせて作成すること ※使用できる記号は - = ^ ~ [] { } / ? ! " # \$ % & () < > + * : ; , _ @ です。</small>
診療科名称等 *	<input type="text"/>
	<small>※医師の場合必須</small>
医籍登録番号 *	<input type="text"/>
	<small>※医師の場合必須</small>

施設管理者情報

担当者名 姓 *	<input type="text"/>
担当者名 名 *	<input type="text"/>
担当者名 セイ *	<input type="text"/>
担当者名 メイ *	<input type="text"/>
資格属性 *	-- 選択してください -- ▼
職種属性 *	-- 選択してください -- ▼
メールアドレス *	<input type="text"/>
メールアドレス確認 *	<input type="text"/>
ユーザ名(ログインID) *	<input type="text"/>
	<small>※10桁以上の半角英数字記号にて入力 ※使用できる記号は - = ^ ~ [] { } / ? ! " # \$ % & () < > + * : ; , _ @ です。</small>
パスワード *	<input type="password"/>
	<small>※8桁以上の英数字にて入力 ※英数字記号を最低1つずつ使用し組み合わせて作成すること ※使用できる記号は - = ^ ~ [] { } / ? ! " # \$ % & () < > + * : ; , _ @ です。</small>

※ユーザ名 (ログインID) /パスワードは、はち丸ネットワークのログインに使用します。
※*印入力枠は必須で入力いただく項目になります。

確認へ



施設登録申請

施設管理者情報

担当者名 姓 *	<input type="text"/>
担当者名 名 *	<input type="text"/>
担当者名 セイ *	<input type="text"/>
担当者名 メイ *	<input type="text"/>
資格属性 *	-- 選択してください --
職種属性 *	-- 選択してください --
メールアドレス *	<input type="text"/>
メールアドレス確認 *	<input type="text"/>
ユーザ名(ログインID) *	<input type="text"/> <small>※10桁以上の半角英数字記号にて入力 ※使用できる記号は - = ^ ~ [] { } / ? ! " # \$ % & () < > + * : ; , _ @ です。</small>
パスワード *	<input type="password"/> <small>※ 8 桁以上の英数字にて入力 ※英数記号を最低 1 つずつ使用し組み合わせで作成すること ※使用できる記号は - = ^ ~ [] { } / ? ! " # \$ % & () < > + * : ; , _ @ です。</small>

入力いただいたメールアドレス宛に電子証明書ダウンロードの案内メールが届きます。

はち丸ネットワークへログインするための『ユーザ名(ログインID)』、『パスワード』を入力してください。

- ・ユーザ名(ログインID)は【10桁以上の英数字】
- ・パスワードは【8桁以上の英数記号】

※いずれも20文字未満

施設登録申請

施設登録申請

> この申請を行うとともに所在区のはち丸在宅支援センターに「誓約書」をご提出ください。

施設情報

正式施設名 *	
正式施設名カナ *	
施設名 (略称) *	
郵便番号 *	(例) 460-0001 <input type="button" value="検索"/>
都道府県 *	愛知県
市区町村 *	
町域 (大字) *	
番地 *	
建物名等	(任意)
施設電話番号 *	
所属団体 *	-- 選択してください --
施設属性 *	-- 選択してください --

施設管理者情報

担当者名 姓 *	
担当者名 名 *	
担当者名 セイ *	
担当者名 メイ *	
資格属性 *	-- 選択してください --
職種属性 *	-- 選択してください --
メールアドレス *	
メールアドレス確認 *	

「利用規約に同意します」
にチェック

利用規約に同意します

確認へ

申請内容

正式施設名	テスト医療機関
正式施設名カナ	テストイリョウキカン
施設名 (略称)	テスト医療機関
郵便番号	461-0004
都道府県	愛知県
市区町村	名古屋市東区
町域 (大字)	葵
番地	1-4-38
建物名等	
施設電話番号	000-123-4567
施設属性	医科診療所
医療機関番号 / 介護保険事業所番号	0000123456
担当者名 姓	テスト
担当者名 名	事務長
担当者名 セイ	テスト
担当者名 メイ	ジムチョウ
資格属性	その他 (Oth)
	医療系事業所職員
	test@shikai.nagoya
	testshikaijimu
	test@test@test000

「確認へ」をクリック後、
申請内容を確認のうえ
「次へ」をクリック

※ 次へボタンをクリックし、多職種連携ツール利用済みの種別を選択してください。

次へ



アクセス用証明書インストール端末種別選択

証明書を発行する際の端末種別、備考（使用機器名など）を入力してください。

端末種別

Windows

ご利用端末に合わせて
端末種別を選択

※ 端末種別が不明な場合は、Windowsを選択してください。

備考

「登録」をクリック

登録

閉じる

名古屋市はち丸在宅支援センターによる承認後、申請時にご登録
いただいたメールアドレス宛に端末設定に関するメールをお送りします。
メール内容に従って、ご利用端末へ電子証明書をインストールしてください。