

(公印省略)
保医第215-1号
令和6年5月24日

一般社団法人福岡市医師会長 様
一般社団法人福岡市歯科医師会長 様
一般社団法人福岡市薬剤師会長 様

福岡市長 高島 宗一郎
(保健医療局地域医療課)

福岡市保健所の設置に伴う各施設連絡先の収集について（協力依頼）

平素より、本市の医薬務行政に御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、健康危機管理体制の強化等を図るため、現在、各区に設置している保健所を再編し、7月1日に「福岡市保健所」を設置いたします。

これに伴い、通知・通達や緊急時のお知らせ等、福岡市からの連絡を迅速に行うために、各施設の連絡先としてメールアドレスを収集していくこととしております。

つきましては、御多用の折恐れ入りますが、下記のとおり御協力をいただきますよう、貴会員への周知をお願いいたします。

なお、既にメールアドレスを各保健所に報告していただいている施設におかれましても、利用目的（福岡市からのお知らせ）を確認していただくために、改めて御案内を差し上げておりますので、念のため申し添えます。

記

1 登録情報

各施設のメールアドレス：1件

（福岡市からの連絡メール受信窓口となるもの。開設者が法人の場合は、原則として組織アドレスとしてください。また、同一開設者が複数の施設を開設している場合も、**施設毎に**登録をお願いします。）

2 登録方法

福岡市ホームページまたは二次元コード読み取りのいずれかにより、申請ページに進み、福岡市電子申請システム（グラフター）から**6月25日（火）までに**、登録をお願いします。申請ページ以降の入力等の詳細は、別紙「登録の流れ」をご確認ください。

※申請手続き情報（URLや二次元コード）は、施設所在地の区毎に異なりますので、ご注意ください。

（1）福岡市ホームページ

「医療施設、薬事施設等のオンライン手続きについて（その1）※」から各区の申請ページに進んでください。 ※「福岡市 医薬務オンライン」等で検索可能です。

（https://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/chiikiiryo/netdetetsuduki/iryousisetu-yakujisisetu/online_3.html）

手続き名	申請・届出が必要な場合	対象施設	施設所在地(区) ※申請ページへ(外部リンク)	様式番号
メールアドレス登録	病院、診療所または薬局が、福岡市からのお知らせを受信するためのメールアドレスを登録、変更するとき。	病院 診療所 薬局	東区 博多区 中央区 南区 城南区 早良区 西区	

区を選択して申請ページに進みます。

(2) 二次元コード

施設所在地の区の二次元コードを読み取り、申請ページに進んでください。

(東区)



(博多区)



(中央区)



(南区)



(城南区)



(早良区)



(西区)



3 その他

電子メールアドレスを保有していない施設は、代替としてFAX 番号を確認します。その際は、別添様式に記載の上、施設所在地の各保健所までFAX にて返送してください。

4 提出に関する問い合わせ先

東保健所衛生課（医薬務係）	TEL：092-645-1081	Fax：092-645-1114
博多保健所衛生課（医薬務係）	TEL：092-419-1090	Fax：092-441-0057
中央保健所衛生課（医薬務係）	TEL：092-761-7325	Fax：092-761-8280
南保健所衛生課（医薬務係）	TEL：092-559-5115	Fax：092-559-5159
城南保健所衛生課（医薬務係）	TEL：092-831-4208	Fax：092-822-5844
早良保健所衛生課（医薬務係）	TEL：092-851-6567	Fax：092-822-5733
西保健所衛生課（医薬務係）	TEL：092-895-7072	Fax：092-891-9894

【本件についての問い合わせ先】

福岡市保健医療局地域医療課

主査（医薬務業務推進担当） 武藤、望月

TEL：092-711-4264

E-mail：e-appli-drug@city.fukuoka.lg.jp

登録の流れ（※画面はイメージです。）

【別紙】

①：「メールを認証して申請に進む」を選択します。

メールアドレス登録

入力状況 0%

福岡市の「メールアドレス登録」のオンライン申請ページです。

メールアドレス登録
福岡市からのお知らせの窓口として、〇〇区の病院、診療所、薬局のメールアドレスを登録するための手続きです。

ログインして申請に進む

ログインしていただく。申請の一時保存ができるようになります。

または

メールを認証して申請に進む

②：申請担当者のメールアドレスを入力後「確認メールを送信」を押します。

メールアドレス登録

入力状況 0%

福岡市の「メールアドレス登録」のオンライン申請ページです。

メールアドレス登録
福岡市からのお知らせの窓口として、〇〇区の病院、診療所、薬局のメールアドレスを登録するための手続きです。

ログインして申請に進む

ログインしていただく。申請の一時保存ができるようになります。

または

申請に利用するメールアドレスを入力してください

メールアドレス 必須

1234@com

確認メールを送信

③：申請担当者のメールアドレス宛に認証通知が届きますので、メール本文中の URL をクリックします。

メール認証をして申請を行うためのステップとして、ご入力いただいたメールアドレスが正しいことを確認する必要があります。以下のURLをクリックして、メールアドレスの認証を完了してください。

<https://tzk.graffer.jp/>

▼ 認証の有効期限が過ぎた場合

確認用URLは 30 分間有効です。有効期限が過ぎた場合には、お手数ですが再度操作を行ってください。

- ※ 本メールは送信専用アドレスからお送りしています。ご返信いただいても受信できません。
- ※ 本システムは、株式会社グラファーが運営しています。
- ※ ご不明点やご質問は、福岡市にて受け付けています。福岡市まで直接お問い合わせください。

▼ 送信者に関する情報

株式会社グラファー
Copyright © Graffer, Inc.

④：利用規約を確認後、申請に進みます。

メールアドレス登録

入力状況 0%

福岡市の「メールアドレス登録」のオンライン申請ページです。

メールアドレス登録
福岡市からのお知らせの窓口として、〇〇区の病院、診療所、薬局のメールアドレスを登録するための手続きです。

利用規約をご確認ください

[利用規約](#) に同意して、申請に進んでください。

☒ **利用規約に同意する** 必須

申請に進む

⑤：申請者（施設開設者）の情報を入力後「次へ進む」を押します。

（個人開設）

（法人開設）

メールアドレス登録

入力状況 33%

入力フォーム

申請者の情報

申請者の種別 必須

☒ 個人

☐ 法人

名前 必須
施設開設者氏名を入力してください。施設名称ではありません。
例：個人→〇〇 〇〇（※氏名を記載）
法人→医療法人〇〇会、株式会社〇〇薬局（※代表者氏名は不要）

地域 太郎 ☒

メールアドレス 自動入力
preview-demo@example.com

次へ進む

< 申請の概要等の確認に戻る

メールアドレス登録

入力状況 33%

入力フォーム

申請者の情報

申請者の種別 必須

☐ 個人

☒ 法人

法人を検索して自動入力する

法人・団体名 必須
施設開設者氏名を入力してください。施設名称ではありません。
例：個人→〇〇 〇〇（※氏名を記載）
法人→医療法人〇〇会、株式会社〇〇薬局（※代表者氏名は不要）

地域医療株式会社 ☒

メールアドレス 自動入力
preview-demo@example.com

次へ進む

< 申請の概要等の確認に戻る

※メールアドレスは
②で入力したものが
自動反映されます。

⑥：5つの項目を入力後
「次へ進む」を押します。

入力フォーム

利用目的・施設の情報

利用目的 必須
入力していただいた内容は、福岡市（地方公共団体）の関係部署で共有し、行政からのお知らせにのみ使用します。

確認した ☐

登録するメールアドレス 必須
申請者アドレスと同じ場合も、入力してください。

1234@com ☒

施設の種類 必須
病院、診療所または薬局のうち、該当するものを選択してください。

診療所 ☐

施設の名称 必須
病院、診療所または薬局の名称を入力してください。

〇〇クリニック ☒

7/400

施設の所在地（区以降） 必須
病院、診療所または薬局の所在地を入力してください。
（例）福岡市〇〇区〇〇1-2-3 ムビル2階

福岡市中央区天神1-8-1 地域ビル3階 ☒

次へ進む

< 戻る

⑦：申請内容の確認後
「この内容で申請する」を
押したら、登録完了です。

メールアドレス登録

入力状況 100%

申請内容の確認

申請者の情報

申請者の種別 必須
法人

法人・団体名 必須
地域医療株式会社

メールアドレス 自動入力
preview-demo@example.com

利用目的・施設の情報

利用目的 必須
確認した

登録するメールアドレス 必須
1234@com

施設の種類 必須
診療所

施設の名称 必須
〇〇クリニック

施設の所在地（区以降） 必須
福岡市中央区天神1-8-1 地域ビル3階

この内容で申請する

【別添】

記入日： 年 月 日

_____保健所衛生課医薬務係 宛

下記のとおり、提出します。

施設の連絡先

施設名称	
施設所在地	
連絡先 FAX 番号	
担当者氏名	
担当者連絡先	

(FAX 番号) 施設所在地の区に送信してください。

東保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-645-1114

博多保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-441-0057

中央保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-761-8280

南保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-559-5159

城南保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-822-5844

早良保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-822-5733

西保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-891-9894