

あじさいネット会員向け

YaDoc各種手続きマニュアル

第1.0版 2020年11月

目次

各種手続一覧表	．．．．．	P.3
診療所の場合		
・ 新規利用開始の場合	．．．．．	P.4
・ 医師アカウント数を追加する場合	．．．．．	P.7
・ 診療科・外来ごとにYaDocを使い分けたい場合	．．．．．	P.8
病院の場合		
・ 新規利用開始の場合	．．．．．	P.9
・ スタンダードプランへアップグレードする場合	．．．．．	P.12
・ 医師アカウント数を追加する場合	．．．．．	P.13
・ 診療科・外来ごとにYaDocを使い分けたい場合	．．．．．	P.14
共通		
・ YaDocに表示する名称を変更する場合	．．．．．	P.15
・ YaDocの利用を止める場合	．．．．．	P.16
連絡・問い合わせ先	．．．．．	P.17

各種手続一覧表

施設	内容	手続様式	手続方法
診療所	新規利用開始の場合	YaDoc申込書 クリニック用	あじさいネット事務局まで提出下さい。
		自動口座振替依頼書	インテグリティ・ヘルスケアまで郵送下さい。郵送先、様式は以下からダウンロードください。 https://yadoc.jp/direct-debit
	医師アカウント数を追加する場合	医師アカウントID追加申込書	あじさいネット事務局まで提出下さい。
	診療科・外来ごとにYaDocを使い分けたい場合 ※ 追加費用が発生します	YaDoc申込書 クリニック用	あじさいネット事務局まで提出下さい。
病院	新規利用開始の場合	YaDoc申込書 病院用	あじさいネット事務局まで提出下さい。
		自動口座振替依頼書	インテグリティ・ヘルスケアまで郵送下さい。郵送先、様式は以下からダウンロードください。 https://yadoc.jp/direct-debit
	スタンダードプランへアップグレードする場合	YaDoc各種変更依頼・解約申請書	あじさいネット事務局まで提出下さい。
	医師アカウント数を追加する場合 ※ スタンダードプランのみ可能です	医師アカウントID追加申込書	あじさいネット事務局まで提出下さい。
	診療科・外来ごとにYaDocを使い分けたい場合 ※ 追加費用が発生します ※ スタンダードプランのみ可能です	YaDoc申込書 病院用	あじさいネット事務局まで提出下さい。
共通	YaDocに表示する名称を変更する場合	YaDoc各種変更依頼・解約申請書	あじさいネット事務局まで提出下さい。
	YaDocの利用を止める場合	YaDoc各種変更依頼・解約申請書	あじさいネット事務局まで提出下さい。

診療所の場合

新規利用開始の場合

新規にYaDocの利用を開始する場合は、以下の様式をそれぞれ提出下さい。

- YaDoc申込書 クリニック用 (提出先：あじさいネット事務局)
- 自動口座振替依頼書 (郵送先：インテグリティ・ヘルスケア)

郵送先、様式は「<https://yadoc.jp/direct-debit>」から確認、ダウンロードください。

YaDoc申込書 クリニック用 記入例



特定非営利活動法人
長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会

クリニック用

YaDoc 申込書

※貴院で決済を取ってからご提出ください。

「YaDoc利用規約」（医療機関用）に承諾の上、に下記の通り申し込みます。

申請日 2020年 8月 1日

▼申込内容

利用規約・プライバシーポリシーへの同意	☒ 利用規約およびプライバシーポリシーに同意する (し点チェックする)
プラン (し点チェックする)	☒ クリニックプラン (医師アカウント3ID) ※月額10,000円 (税抜) ☐ 診療科・外来別用・施設追加オプション (医師アカウント1ID) ※月額10,000円 (税抜) ※月額の利用料が100,000円 (税抜) を超えた場合、超過分は別途請求いたします。

利用規約とプライバシーポリシーを確認の上、必ずチェックください

「クリニックプラン」をチェックください。

▼申込者情報 (新規の場合はYaDocの管理者となります)

申込代表者名	ふりがな ひちじょう たろう 七条 太郎		
診療科または所属部署	事務部	あじさい会員ID	XXXXXXXXXX
E-mail	※YaDocへのログインIDになります hichijo@yadoc-clinic.co.jp		
登録医療機関名と診療科名 ※YaDocに表示される名称です	矢独クリニック		

YaDocに登録する管理者のメールアドレスを記入して下さい。

患者アプリ側に表示したい名称を記入して下さい。
診療科や外来別にYaDocを別々に申し込む場合は診療科名等を併記してください。

▼施設情報

施設名	医療法人社団愛叡智会 矢独クリニック		
施設長氏名	ふりがな やどく たろう 自署または公印: 矢独 太郎		
施設住所	〒 850-0000 長崎県長崎市〇〇〇町XX-XX		
電話番号	095-XXX-XXXX	FAX 番号	
お支払いについて	別添「口座振替依頼書」を既にご提出済みの方は、下記にし点チェックをお願いします。 ☐ 既に提出済み		
YaDocの新規登録時のログインID (E-mail)	※新規登録の場合は無記入		
YaDocの新規登録時の登録医療機関名と診療科名	※新規登録の場合は無記入		

チェックを入れないで下さい。

● 本書類は、施設長よりあじさいネット事務局へ提出してください。

【事務局取扱欄】

事務局受理日: 20 年 月 日 Integrity Healthcareへの連絡日: 20 年 月 日

拡充室受理日: 20 年 月 日

お問い合わせ先

長崎県医師会

長崎県あじさいネット拡充プロジェクト室

Tel: 095-894-9655 Fax: 095-894-9651

記入しないでください

本書は協議会事務局にて保管

様式 A-24 Ver.200807

自動口座振替依頼書 記入例

- ・ お支払方法は自動口座振替になります。
- ・ 自動口座振替の手続きは、申込み翌月の16日まで弊社必着でお願いします。
(16日が祝祭日の場合は16日より前の営業日)
- ・ 自動口座振替日(自動引落日)は、翌月4日になります。
- ・ 口座振替分には通帳の摘要欄に「ヤードック」と印字されます。

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(㊤㊶)

金融機関・ゆうちょ銀行用

年 月 日

銀行・労働金庫
信用金庫・信用組合 御中
農協・ゆうちょ銀行

収納代行会社 リコーリース株式会社

私は、下記の預金口座振替規定及び確認事項を承諾のうえ、
上記収納代行会社から請求された金額を私名義の下記預金口座から
預金口座振替によって収納代行会社に支払うことを貴金融機関に依頼します。

代金収納委託企業(団体)名・問合せ先

株式会社インテグリティ・ヘルスケア

東京都中央区日本橋蛸殻町一丁目27番5号ヤマトビル2階
03-6661-0858

会社コード 4 1 5 9 4 1

申込者	〒	TEL:	-	-
	住 所			
	氏 名			
	料金等の種類			
	請求先 顧客番号			
	振替(払込) 開始月	年 月		
	毎月の振替 (払込)日	4日 (金融機関休業日の場合は翌営業日)		

ゆうちょ銀行以外の金融機関またはゆうちょ銀行のどちらか一方に記入して下さい。

金融機関	銀行 信用金庫 農協	労働金庫 信用組合	本店 支店 出張所
ゆうちょ銀行以外の金融機関の場合はこちらへ記入ください (いずれかを○で囲んで下さい)			
	普通	当座	

ゆうちょ銀行	種目コード	契約種別 コード	記 号 (6桁目がある場合は※欄にご記入下さい)	番 号 (右づめでご記入下さい)
	1	6		
ゆうちょ銀行の場合はこちらへ記入ください				
払込先口座番号	00140-0-93717		払込先加入者名	リコーリース株式会社

フリガナ(必須)	お届け印
口座名義人	
(お届け通りにご記入下さい)	

金融機関 使用 欄 (備考)	1 預金取引なし	不備返却事由 3 印鑑相違 4 印不鮮明 5 その他
	2 記載事項等相違	
	ア 店名	
	イ 預金種目	
	ウ 口座番号	
エ 口座名義		

検印	印鑑照合	受付印

ご注意!
金融機関へのお届け印ですか?
ご確認下さい。

【預金口座振替規定】※ゆうちょ銀行払込は除く

1. 収納代行会社であるリコーリース株式会社(以下「リコーリース」という)から貴金融機関に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から口座振替のうえリコーリースに支払ってください。
この場合、預金規定又は当座勘定規定(ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定)にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出又は小切手の振出しはしません。
2. 口座振替日において請求書記載金額が指定預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲の金額を含む。)を超えるときは、私に通知することなく請求書をリコーリースに返却されても異議を述べません。
3. この契約を解除するときは、私から貴金融機関に書面により届出します。なお、この届出がないまま長期にわたリコーリースから請求がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、貴金融機関がこの契約を終了されたものとして取扱われても異議を述べません。
4. この預金口座振替について、仮に紛議が生じても、貴金融機関の責による場合を除き、貴金融機関には迷惑・負担をかけません。

【確認事項】

1. 申込者及び預金者は、上記代金収納委託企業(団体)に対する代金(以下「代金」という)の支払いについて、リコーリースに対し、預金口座振替請求及び収納した代金相当額を代金収納委託企業(団体)に支払うことを委託します。
2. 申込者及び預金者は、リコーリースが提供する代金収納委託企業(団体)からの請求金額を預金口座の金融機関・銀行に請求することを承諾します。
口座振替金額に対する紛議が生じた場合、申込者及び預金者は、代金収納委託企業(団体)との間で解決するものとし、リコーリースには一切迷惑・負担をかけません。
3. リコーリースは、申込者及び預金者から委託を受けた収納代行業務を適切に遂行するため、委託された個人情報を取り扱います。

【金融機関・ゆうちょ銀行へのお願い】

1. この依頼書・申込書に不備がございましたら、上記の不備返却事由の該当項目に○印をつけて、下記の不備返却先へご返送ください。
※ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込み規定が適用されます。

(不備返却先)
〒135-8518 東京都江東区東雲1-7-12
リコーリース株式会社 口座振替担当宛
TEL03-6204-0673

4日

利用料のお支払開始について

- ・ 申込翌月まで無料ですので、翌月16日までに自動口座振替をお手続きください。申込翌々月から振替開始となります。
- ・ 利用料は申込月の翌々月1日から発生します。

	申込月	利用1ヶ月目	利用2ヶ月目
手続き	利用申込み	自動口座振替手続き	-
利用料	発生しません	発生しません	○
請求	-	-	1ヶ月分

申込からお支払開始の例

- ・ 7月15日に利用申込みを行い、自動口座振替依頼書を翌月16日までに提出した場合

※ 自動口座振替依頼書は、申込翌月16日までの提出をお願いします。

7月	8月	9月
無	料	有 料

▲ 7/15 申込書提出 ▲ 8/10 自動口座振替依頼書提出 ▲ 9/4 9月分利用料金振替

- ・ 7月15日に利用申込みを行い、自動口座振替依頼書の提出が翌月16日までに間に合わなかった場合

※ 初回振替時に、それまでの利用料をまとめて振替いたします。

7月	8月	9月	10月
無	料	有 料	

▲ 7/15 申込書提出 ▲ 8/20 自動口座振替依頼書提出 ▲ 10/4 9・10月分（2ヶ月分）利用料金振替

診療所の場合

医師アカウント数を追加する場合

申し込み時点で登録できる医師の人数は、最初3名（診療所の場合）までとなっています。
4人以上に増やしたい場合は以下の様式を提出して下さい。

- 医師アカウントID追加申込書（提出先：あじさいネット事務局）

医師アカウントID追加申込書 記入例



特定非営利活動法人
長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会

医師アカウント ID 追加申込書

「YaDoc利用規約」（医療機関用）に承諾の上、下記の通り申し込みます。

申請日 2020 年 8 月 1 日

利用規約とプライバシーポリシーを確認の上、
必ずチェックください

利用規約・プライバシー
ポリシーへの同意 ☒ 利用規約およびプライバシーポリシーに同意する
(レ点チェックする)

追加ID個数 5 個 追加したいIDの個数を記入ください

医師アカウントIDを追加する
登録医療機関名または診療科名 医療法人社団愛敬智会 矢独クリニック

医師アカウントIDを追加するログインID
(E-mail) ※YaDocへのログインIDです
hichijo@yadoc-clinic.co.jp

追加したい施設のYaDocで表示さ
れている名称を記入ください。

▼申請者情報（所属施設長自身の申請の場合もご記入ください）

ふりがな ひちじょう たろう
氏 名 七条 太郎
診療科 または 所属部署 事務部
あじさい会員 ID XXXXXXXXXX

追加したい施設のYaDocのシス
テム管理者のログインIDを記入下
さい。（ご不明な場合はYaDocサ
ポートセンターまでご連絡くだ
さい）

▼施設情報

所属施設名 医療法人社団愛敬智会 矢独クリニック
施設住所 〒 850-0000
長崎県長崎市〇〇〇町XX-XX
電話番号 095-XXX-XXXX FAX 番号 095-XXX-XXXX
所属
施設長 自署または
公印： 矢独 太郎

● 本書類は、あじさいネット事務局へ提出してください。

【事務局取扱欄】

事務局受理日： 日

拡充室受理日：

お問い合わせ

長崎県医師会

長崎県あじさいネット拡充プロジェクト室

Tel: 095-894-9655 Fax: 095-894-9651

記入しないでください

本書は協議会事務局にて保管

様式 A-26 Ver.200710

診療所の場合

診療科・外来ごとにYaDocを使い分けたい場合

診療科別などでYaDocを分けることで予約や患者の管理を別々に行うことができます。
既に申し込み済みのYaDocに加え、追加でYaDocを申し込む場合は以下の様式を提出して下さい。1つ追加ごとに月額10,000円の利用料が発生します。

- YaDoc申込書 クリニック用 (提出先：あじさいネット事務局)

YaDoc申込書 クリニック用 記入例



特定非営利活動法人
長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会

クリニック用

YaDoc 申込書

※貴院で決済を取ってからご提出ください。

「YaDoc利用規約」(医療機関用)に承諾の上、に下記の通り申し込みます。

申請日 2020年 8月 1日

▼申込内容

利用規約・プライバシーポリシーへの同意	☒ 利用規約およびプライバシーポリシーに同意する (レ点チェックする)
プラン (レ点チェックする)	☐ クリニックプラン (医師アカウント3ID) ※月額10,000円 (税抜) ☒ 診療科・外来別用・施設追加オプション (税抜) ※月額の利用料が100,000円 (税抜) を超えた場合、超えた分の

利用規約とプライバシーポリシーを確認の上、必ずチェックください

「診療科・外来別用・施設追加オプション」にチェックください。

▼申込者情報 (新規の場合はYaDocの管理者となります)

申込代表者名	ふりがな ひちじょう たろう 七条 太郎		
診療科または所属部署	事務部	あじさい会員ID	XX-XXXXXX
E-mail	※YaDocへのログインIDになります dm@yadoc-clinic.co.jp		
登録医療機関名と診療科名 ※YaDocに表示される名称です	矢独クリニック 糖尿病内科		

YaDocに既に登録しているメールアドレスは使えませんのでご注意ください。

患者アプリ側に表示する名称になります。診療科や外来別にYaDocを別々に申し込む場合は診療科名等を併記してください。

▼施設情報

施設名	医療法人社団愛叡智会 矢独クリニック		
施設長氏名	ふりがな やどく たろう 自署または公印 矢独 太郎		
施設住所	〒 850-0000 長崎県長崎市〇〇〇町XX-XX		
電話番号	095-XXX-XXXX	FAX 番号	
お支払いについて	別添「口座振替依頼書」を既にご提出済みの場合は、下記にレ点チェックをお願いします。 ☐ 既に提出済み		
YaDocの新規登録時のログインID (E-mail)	YaDocの新規登録時の登録医療機関名と診療科名		

チェックを入れないで下さい。

- 本書類は、施設長よりあじさいネット事務局へ提出してください。

【事務局取扱欄】

事務局受理日: 20 年 月 日 Integrity Healthcareへの連絡日: 20 年 月 日

拡充室受理日: 20

お問い合わせ先

長崎県医師会
長崎県あじさいネット拡充プロジェクト室
Tel: 095-894-9655 Fax: 095-894-9651

記入しないでください

本書は協議会事務局にて保管

様式 A-24 Ver.200807

病院の場合

新規利用開始の場合

新規にYaDocの利用を開始する場合は、以下の様式をそれぞれ提出下さい。

エントリープランの場合、医師アカウント数が3ID固定となります。スタンダードプランの場合、医師アカウント数は追加費用無しで追加できます。（P.11参照）

- YaDoc申込書 病院用 （提出先：あじさいネット事務局）
- 自動口座振替依頼書 （郵送先：インテグリティ・ヘルスケア）

郵送先、様式は「<https://yadoc.jp/direct-debit>」から確認、ダウンロードください。

YaDoc申込書 病院用 記入例

医療法人
医療連携ネットワークシステム協議会

病院用

YaDoc 申込書

※貴院で決済を取ってからご提出ください。

「YaDoc利用規約」（医療機関用）に承諾の上、下記の通り申し込みます。

申請日 2020 年 8 月 1 日

利用規約とプライバシーポリシーを確認の上、必ずチェックください

▼申込内容

利用規約・プライバシーポリシーへの同意	☒ 利用規約およびプライバシーポリシーに同意する (し点チェックする)
プラン (し点チェックする)	☐ エントリープラン (医師アカウント3ID) ※月額10,000円 (税抜) ☒ スタンダードプラン (医師アカウント10ID) ※月額30,000円 (税抜) ☐ 診療科・外来別用・施設追加オプション (医師アカウント10ID) ※月額30,000円 (税抜) ※月額の利用料が100,000円 (税抜) を超えた場合、超えた分は別途加算となります。

「エントリープラン」か「スタンダードプラン」の何れかをチェックください。

▼申込者情報 (新規の場合はYaDocの管理者となります)

申込代表者名	ふりがな 寺側 太郎		
診療科または所属部署	事務部医事課	あじさい会員の	ハ
E-mail	※YaDocへのログインIDになります info@yadoc-hosp.co.jp		
登録医療機関名と診療科名 ※YaDocに表示される名称です	矢独医療センター		

YaDocに登録する管理者のメールアドレスを記入して下さい。

患者アプリ側に表示したい名称を記入して下さい。
診療科や外来別にYaDocを別々に申し込む場合は診療科名等を併記してください。

▼施設情報

施設名	医療法人社団愛叡智会 矢独医療センター		
施設長氏名	ふりがな やどく じょうたろう 自署または公印 矢独 承太郎		
施設住所	〒 850-0000 長崎県長崎市〇〇〇町XX-XX		
電話番号	095-XXX-XXXX	FAX 番号	
お支払いについて	別添「口座振替依頼書」を既にご提出済みの場合は、下記にし点チェックをお願いします。 ☐ 既に提出済み		
お支払いについての事務担当者情報	チェックを入れないで下さい。		
YaDocの新規登録時のログインID (E-mail)	※新規登録の場合は無記入		
YaDocの新規登録時の登録医療機関名と診療科名	※新規登録の場合は無記入		

●本書類は、お支払いについての事務担当者よりあじさいネット事務局へ提出してください。

【事務局取扱欄】

事務局受理日：2020年8月1日

拡充室受理日：2020年8月1日

お問い合わせ先

長崎県医師会

長崎県あじさいネット拡充プロジェクト室

Tel: 095-894-9655 Fax: 095-894-9651

記入しないでください

本書は協議会事務局にて保管

様式 A-25 Ver.2000807

自動口座振替依頼書 記入例

- ・ お支払方法は自動口座振替になります。
- ・ 自動口座振替の手続きは、申込み翌月の16日まで弊社必着でお願いします。
(16日が祝祭日の場合は16日より前の営業日)
- ・ 自動口座振替日(自動引落日)は、翌月4日になります。
- ・ 口座振替分には通帳の摘要欄に「ヤードック」と印字されます。

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(㊞㊞)

金融機関・ゆうちょ銀行用

年 月 日

銀行・労働金庫
信用金庫・信用組合 御中
農協・ゆうちょ銀行

収納代行会社 リコーリース株式会社

私は、下記の預金口座振替規定及び確認事項を承諾のうえ、
上記収納代行会社から請求された金額を私名義の下記預金口座から
預金口座振替によって収納代行会社に支払うことを貴金融機関に依頼します。

代金収納委託企業(団体)名・問合せ先

株式会社インテグリティ・ヘルスケア

東京都中央区日本橋蛸殻町一丁目27番5号ヤマトビル2階
03-6661-0858

会社コード 4 1 5 9 4 1

申込者	〒	TEL:	-	-
	住 所			
	氏 名			
	料金等の種類			
	請求先 顧客番号			
	振替(払込) 開始月	年 月		
	毎月の振替 (払込)日	4日 (金融機関休業日の場合は翌営業日)		

ゆうちょ銀行以外の金融機関またはゆうちょ銀行のどちらか一方に記入して下さい。

金融機関	銀行 信用金庫 農協	労働金庫 信用組合	本店 支店 出張所
ゆうちょ銀行以外の金融機関の場合はこちらへ記入ください (いずれかを○で囲んで下さい)			
	普通	当座	

ゆうちょ銀行	種目コード	契約種別 コード	記 号 (6桁目がある場合は※欄にご記入下さい)	番 号 (右づめてご記入下さい)
	1 6 1 0			
ゆうちょ銀行の場合はこちらへ記入ください				
払込先口座番号	00140-0-93717		払込先加入者名	リコーリース株式会社

フリガナ(必須)	お届け印
口座名義人	
(お届け通りにご記入下さい)	

金融機関 使用 欄 (備考)	不備返却事由	
	1 預金取引なし	3 印鑑相違
	2 記載事項等相違	4 印不鮮明
	ア 店名	5 その他
	イ 預金種目	
ウ 口座番号		
エ 口座名義		

検印	印鑑照合	受付印

ご注意!
金融機関へのお届け印ですか?
ご確認下さい。

【預金口座振替規定】※ゆうちょ銀行払込は除く

1. 収納代行会社であるリコーリース株式会社(以下「リコーリース」という)から貴金融機関に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から口座振替のうえリコーリースに支払ってください。
この場合、預金規定又は当座勘定規定(ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定)にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出又は小切手の振出しはしません。
2. 口座振替日において請求書記載金額が指定預金口座から払戻することのできる金額(当座貸越を利用できる範囲の金額を含む。)を超えるときは、私に通知することなく請求書をリコーリースに返却されても異議を述べません。
3. この契約を解除するときは、私から貴金融機関に書面により届出します。なお、この届出がないまま長期にわたリリコーリースから請求がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、貴金融機関がこの契約を終了されたものとして取扱われても異議を述べません。
4. この預金口座振替について、仮に紛議が生じても、貴金融機関の責による場合を除き、貴金融機関には迷惑・負担をかけません。

【確認事項】

1. 申込者及び預金者は、上記代金収納委託企業(団体)に対する代金(以下「代金」という)の支払いについて、リコーリースに対し、預金口座振替請求及び収納した代金相当額を代金収納委託企業(団体)に支払うことを委託します。
2. 申込者及び預金者は、リコーリースが提供する代金収納委託企業(団体)からの請求金額を預金口座の金融機関・銀行に請求することを承諾します。
口座振替金額に対する紛議が生じた場合、申込者及び預金者は、代金収納委託企業(団体)との間で解決するものとし、リコーリースには一切迷惑・負担をかけません。
3. リコーリースは、申込者及び預金者から委託を受けた収納代行業務を適切に遂行するため、委託された個人情報を取り扱います。

【金融機関・ゆうちょ銀行へのお願い】

1. この依頼書・申込書に不備がございましたら、上記の不備返却事由の該当項目に○印をつけて、下記の不備返却先へご返送ください。
※ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込み規定が適用されます。

(不備返却先)
〒135-8518 東京都江東区東雲1-7-12
リコーリース株式会社 口座振替担当宛
TEL03-6204-0673

4日

利用料のお支払開始について

- ・ 申込翌月まで無料ですので、翌月16日までに自動口座振替をお手続きください。申込翌々月から振替開始となります。
- ・ 利用料は申込月の翌々月1日から発生します。

	申込月	利用1ヶ月目	利用2ヶ月目
手続き	利用申込み	自動口座振替手続き	-
利用料	発生しません	発生しません	○
請求	-	-	1ヶ月分

申込からお支払開始の例

- ・ 7月15日に利用申込みを行い、自動口座振替依頼書を翌月16日までに提出した場合

※ 自動口座振替依頼書は、申込翌月16日までの提出をお願いします。

7月	8月	9月
無	料	有 料

▲ 7/15 申込書提出 ▲ 8/10 自動口座振替依頼書提出 ▲ 9/4 9月分利用料金振替

- ・ 7月15日に利用申込みを行い、自動口座振替依頼書の提出が翌月16日までに間に合わなかった場合

※ 初回振替時に、それまでの利用料をまとめて振替いたします。

7月	8月	9月	10月
無	料	有 料	

▲ 7/15 申込書提出 ▲ 8/20 自動口座振替依頼書提出 ▲ 10/4 9・10月分（2ヶ月分）利用料金振替

スタンダードプランへアップグレードする場合

エントリープランからスタンダードプランへアップグレードする場合、以下の様式を提出して下さい。

・ YaDoc各種変更依頼・解約申請書

(提出先：あじさいネット事務局)

YaDoc各種変更依頼・解約申請書 記入例

あじさいネット専用 2020年10月13日版

YaDoc各種変更依頼・解約申請書

記入日：2020年 8月 1日

以下の通り、YaDocの各種変更（プランもしくは登録名称の変更）または解約を以下の通り依頼します

※ 振替口座の変更についてはインテグリティヘルスケア（an@yadoc.jp）まで直接ご連絡ください

1. 依頼内容（レ点チェック）

スタンダードプランに変更	☒	※ スタンダードプランへの変更は病院さまに限ります。 ※ 月額利用料が10,000円（税抜）から30,000円（税抜）に変更となります。
登録名称の変更	☐	変更前名称 ※ YaDocに表示されている現在の名称です。 変更後名称 ※ 変更したいYaDoc上の名称です。
利用の解約	☐	YaDocに利用施設が登録した全てのデータ（患者が記録したものを除く）が不可逆的に削除され、利用できないことに同意する ※ 当月末までに解約いただいたものは、翌月課金されません。 ※ 予約のキャンセル等、患者への通知は事前に行ってください。

「スタンダードプランに変更」に必ずチェックください。

2. 申請者

施設名	ふりがな しゃかいりょうほうじんあいえいちかい やどくりょうせんたー 医療法人社団愛叡智会 矢独医療センター	 自署の場合不要
申込代表者 (医師)	ふりがな やどく じょうたろう 矢独 承太郎	
住所	〒 850-0000 長崎県長崎市〇〇〇町XX-XX	
電話番号	095-XXX-XXXX	
メールアドレス	※ YaDocに登録されているシステム管理者のメールアドレスを記入してください。 info@yadoc-hosp.co.jp	

アップグレードしたい施設のYaDocのシステム管理者のログインIDを記入下さい。
(ご不明な場合はYaDocサポートセンターまでご連絡ください)

本書類は、施設長よりあじさいネット事務局へ

病院の場合

医師アカウント数を追加する場合

申し込み時点で登録できる医師の人数は、最初10名（病院の場合）までとなっています。

11人以上に増やしたい場合は以下の様式を提出して下さい。

- 医師アカウントID追加申込書（提出先：あじさいネット事務局）

医師アカウントID追加申込書 記入例



特定非営利活動法人
長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会

医師アカウント ID 追加申込書

「YaDoc利用規約」（医療機関用）に承諾の上、下記の通り申し込みます。

申請日 2020 年 8 月 1 日

利用規約とプライバシーポリシーを確認の上、必ずチェックください

利用規約・プライバシーポリシーへの同意 ☒ 利用規約およびプライバシーポリシーに同意する
(レ点チェックする)

追加ID個数 20 個

追加したいIDの個数を記入ください

医師アカウントIDを追加する登録医療機関名または診療科名 医療法人社団愛敬智会 矢独医療センター

医師アカウントIDを追加するログインID (E-mail) ※YaDocへのログインIDです
info@yadoc-hosp.co.jp

追加したい施設のYaDocで表示されている名称を記入ください。

▼申請者情報（所属施設長自身の申請の場合もご記入ください）

ふりがな てらそば たろう
氏 名 寺側 太郎
診療科 または 所属部署 事務部医事課
あじさい会員 ID XXXXXXXXXX

追加したい施設のYaDocのシステム管理者のログインIDを記入下さい。（ご不明な場合はYaDocサポートセンターまでご連絡ください）

▼施設情報

所属施設名 医療法人社団愛敬智会 矢独医療センター
施設住所 〒 850-0000
長崎県長崎市〇〇〇町XX-XX
電話番号 095-XXX-XXXX FAX 番号 095-XXX-XXXX
所属施設長 自署または 公印： 矢独 承太郎

● 本書類は、あじさいネット事務局へ提出してください。

【事務局取扱欄】

事務局受理日： 日
拡充室受理日：

記入しないでください

お問い合わせ
長崎県医師会
長崎あじさいネット拡充プロジェクト室
Tel: 095-894-9655 Fax: 095-894-9651

本書は協議会事務局にて保管

様式 A-26 Ver.200710

病院の場合

診療科・外来ごとにYaDocを使い分けたい場合

診療科別などでYaDocを分けることで予約や患者の管理を別々に行うことができます。

※ スタンダードプラン限定になります。

既に申し込み済みのYaDocに加え、追加でYaDocを申し込む場合は以下の様式を提出して下さい。また、1つ追加ごとに月額10,000円の利用料が発生します。

・ YaDoc申込書 病院用 (提出先：あじさいネット事務局)

YaDoc申込書 病院用 記入例



特定非営利活動法人
長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会

病院用

YaDoc 申込書

※貴院で決済を取ってからご提出ください。

「YaDoc利用規約」(医療機関用)に承諾の上、下記の通り申し込みます。

申請日 2020 年 8 月 1 日

利用規約とプライバシーポリシーを確認の上、必ずチェックください

▼申込内容

利用規約・プライバシーポリシーへの同意	☒ 利用規約およびプライバシーポリシーに同意する (し点チェックする)
プラン (し点チェックする)	☐ エントリープラン (医師アカウント3ID) ※月額10,000円 (税抜) ☐ スタンダードプラン (医師アカウント10ID) ※月額30,000円 (税抜) ☒ 診療科・外来別用・施設追加オプション (医師アカウント10ID) ※月額100,000円 (税抜) ※月額の利用料が100,000円 (税抜) を超えた場合、超えた分の請求は、

「診療科・外来別用・施設追加オプション」にチェックください。

▼申込者情報 (新規の場合はYaDocの管理者となります)

申込代表者名	ふりがな 寺側 太郎		
診療科または所属部署	事務部医事課	あじさい会員の	
E-mail	dm@yadoc-hosp.co.jp		
登録医療機関名と診療科名 ※YaDocに表示される名称です	矢独医療センター 糖尿病内科		

YaDocに登録する管理者のメールアドレスを記入して下さい。

患者アプリ側に表示したい名称を記入して下さい。
診療科や外来別にYaDocを別々に申し込む場合は診療科名等を併記してください。

▼施設情報

施設名	医療法人社団愛叡智会 矢独医療センター		
施設長氏名	ふりがな やどく じょうたろう 自署または公印: 矢独 承太郎		
施設住所	〒 850-0000 長崎県長崎市〇〇〇町XX-XX		
電話番号	095-XXX-XXXX	FAX 番号	
お支払いについて	別添「口座振替依頼書」を既に提出済みの方は、下記にし点チェックをお願いします。 ☒ 既に提出済み		
お支払いについての事務担当者情報	担当	既に提出済みにチェックください。	
YaDocの新規登録時のログインID (E-mail)	※新規登録の場合は無記入		
YaDocの新規登録時の登録医療機関名と診療科名	※新規登録の場合は無記入		

● 本書類は、お支払いについての事務担当者よりあじさいネット事務局へ提出してください。

【事務局取扱欄】

事務局受理日: 2020

拡充室受理日: 2020

お問い合わせ

長崎県医師会

長崎県あじさいネット拡充プロジェクト室

Tel: 095-894-9655 Fax: 095-894-9651

記入しないでください

本書は協議会事務局にて保管

様式 A-25 Ver.2000807

YaDocに表示する名称を変更する場合

YaDocに表示する施設名を診療科別に合わせて変更したい場合、以下の様式を提出して下さい。

・ YaDoc各種変更依頼・解約申請書

(提出先：あじさいネット事務局)

YaDoc各種変更依頼・解約申請書 記入例

あじさいネット専用 2020年10月13日版

YaDoc各種変更依頼・解約申請書

記入日：2020年 8月 1日

以下の通り、YaDocの各種変更（プランもしくは登録名称の変更）または解約を以下の通り依頼します

※ 振替口座の変更についてはインテグリティ・ヘルスケア（ap@yadoc.jp）まで直接ご連絡ください。

「登録名称の変更」に必ずチェックください。

	※ 月額利用料が10,000円（税抜）から30,000円（税抜）に 院さまに限ります。
登録名称の変更	変更前名称 ※ YaDocに表示されている現在の名称です。 医療法人社団愛叡智会 矢独クリニック
	変更後名称 ※ 変更したいYaDoc上の名称です。 矢独クリニック 循環器内科
	変更前のYaDocに表示されている名称をを記入ください。
利用の解約	YaDocに利用施設が登録した全てのデータ（患 く）が不可逆的に削除され、利用できないことに ※ 当月末までに解約いただいたものは、翌月課金されません。 ※ 予約のキャンセル等、患者への通知は事前に行ってください。

2. 申請者

施設名	ふりがな しゃかいりょうほうじんあいえいちかい やどくいくりにっく 医療法人社団愛叡智会 矢独クリニック	 自署の場合不要
申込代表者 (医師)	ふりがな やどく たろう 矢独 太郎	
住所	〒 850-0000 長崎県長崎市〇〇〇町XX-XX	
電話番号	095-XXX-XXXX	
メールアドレス	※ YaDocに登録されているシステム管理者のメールアドレスを記入してください。 hichijo@yadoc-clinic.co.jp	

変更したい施設のYaDocのシステム管理者のログインIDを記入下さい。
(ご不明な場合はYaDocサポートセンターまでご連絡ください)

本書類は、施設長よりあじさいネット事務局へ




YaDocの利用を止める場合

YaDocの利用を止める場合、以下の様式を提出してください。

一旦解約した医療機関のデータは削除されます。再度申込まれた場合でも復旧はできません。

・ YaDoc各種変更依頼・解約申請書

(提出先：あじさいネット事務局)

YaDoc各種変更依頼・解約申請書 記入例

あじさいネット専用 2020年10月13日版

YaDoc各種変更依頼・解約申請書

記入日：2020年 8月 1日

以下の通り、YaDocの各種変更（プランもしくは登録名称の変更）または解約を以下の通り依頼します

※ 振替口座の変更についてはインテグリティ・ヘルスケア（ap@yadoc.jp）まで直接ご連絡ください。

1. 依頼内容（レ点チェック）

スタンダードプランに変更	☐ ※ スタンダードプランへの変更は病院さまに限ります。 ※ 月額利用料が10,000円（税抜）から30,000円（税抜）に変更となります。
変更前名称	※ YaDocに表示されている現在の名称です。
利用の解約	☒ YaDocに利用施設が登録した全てのデータ（患者が記録したものを除く）が不可逆的に削除され、利用できないことに同意する ※ 当月末までに解約いただいたものは、翌月課金されません。 ※ 予約のキャンセル等、患者への通知は事前に行ってください。

「利用の解約」に必ずチェックください。
医療機関側のデータは削除され復元できません
のでご注意ください。

2. 申請者

施設名	ふりがな やどく しょうにげか 矢独医療センター 小児外科
申込代表者 (医師)	ふりがな やどく しょうたろう 矢独 承太郎
住所	〒 850-0000 長崎県長崎市〇〇〇町XX-XX
電話番号	095-XXX-XXXX
メールアドレス	※ YaDocに登録されているシステム管理者のメールアドレスを記入してください。 ps@yadoc-hosp.co.jp



解約したい施設のYaDocで表示されている名称を記入ください。

解約したい施設のYaDocのシステム管理者のログインIDを記入下さい。
(ご不明な場合はYaDocサポートセンターまでご連絡ください)

本書類は、施設長よりあじさいネット事務局へ提出

あじさいネット事務局

Tel : 095-844-1111

Fax : 095-844-1110

E-mail : aj-na@nagasaki.med.or.jp

電話対応時間：土日祝を除く9:00～17:00

あじさいネット拡充プロジェクト室

Tel : 095-894-9655

Fax : 095-894-9651

E-mail : ajisai-project@nagasaki.med.or.jp

電話対応時間：土日祝を除く9:00～17:00

YaDocサポートセンター

YaDocに関するご不明点・疑問点がございましたら、以下までお問い合わせください。

Tel : 0570-05-1114

E-mail : ds@yadoc.jp

営業時間：土日祝を除く10:00～17:00

改版履歴

版数	日時	内容
1.0	2020/11/6	初版