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	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

利用者名
システムを利用する個人名を記入してください。
自所属の利用者をまとめて提出してください。

所属医療機関/動物診療所コード
ホームページの「医療機関コード」（エクセルファイル）をご参照ください。
なお、同一医療機関でも、定点報告と全報告で医療機関コードが異なります。
コードがない場合は空欄で提出してください。

二要素認証用連絡先
二要素認証手段に合わせてメールアドレスまたは電話番号を記入ください。
ＡＮが1ならばＡＭ列にメールアドレスを、ＡＮ列が２または３ならばＡＬ列に電話番号を記入ください。

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	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