

登録の流れ（※画面はイメージです。）

①：「アカウント登録せずにメールで申請」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、東区の病院、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。

Grafferアカウントを利用する方
ログインしていただく、申請書の一部保存や申請履歴の確認ができます。

新規登録またはログインして申請

または

Grafferアカウントを利用しない方
メールアドレスの確認のみで申請ができます。
一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

アカウント登録せずにメールで申請

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、東区の病院、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。

Grafferアカウントを利用する方
ログインしていただく、申請書の一部保存や申請履歴の確認ができます。

新規登録またはログインして申請

または

Grafferアカウントを利用しない方
メールアドレスの確認のみで申請ができます。
一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

アカウント登録せずにメールで申請

申請に利用するメールアドレスを入力してください。
申請用のページのリンク（URL）をお送りします。

メールアドレス 必須

1234@...com

送信メール設定としてドメイン指定受信を設定されている方は「@mail.graffer.jp」を受信できるよう指定してください。

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。（URL は 30 分間有効です。期限が過ぎると、再度①からとなります。）

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://ttzk.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 ☒

施設の種別 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

施設の種別 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