静測協第８８号

令和２年１月３１日

関係各位

（一社）静岡県測量設計業協会

会　長　　藤　山　義　修

静岡県土木設計積算システム（SMILES-ASP）のログイン認証方式の変更について（案内）

拝啓、時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、静岡県では令和２年５月８日(金)～10日(日)に静岡県土木設計積算システム（SMILES-ASP）のマルチブラウザ対応（現在、Internet Explorerのみ対応）のため、これまでのICカード、カードリーダを使用したログイン認証方式から、SMILES-ASP利用者番号カードを利用した方式に変更することを予定しています。

それに伴い、変更するログイン認証方式に必要となるSMILES-ASP利用者番号カードの発行申込を下記のとおり行いますのでご検討をお願い致します。

１．ログイン認証方式

 (1)認証方式の変更点

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種別 | 概要 | 備考 |
| 現行 | ＩＣチップを内蔵したカードとカードリーダを利用し、ＩＣカードにより認証 | カードは会社に対して配布カード認証によるログイン後にユーザＩＤとパスワードにより個人ログインを行う |
| 次期 | ユーザＩＤ、パスワードに加えて、乱数表を記載した利用者番号カードを利用し、利用者番号の入力により認証（イメージは別紙参照） | カードは個人に対して配布ユーザＩＤとパスワードによるログイン時に利用者番号の入力をあわせて行う |

(2)注意点

・現在使用しているＩＣカードは、今回の認証方式切り替え以降は利用できません。

・ログイン認証方式の変更に伴いシステムの設定変更作業が必要となります。説明資料は申込いただいた企業にSMILES-ASP利用者番号カードと合わせて送付いたします。

２．SMILES-ASP利用者番号カードの発行申込

(1)申込方法 : 別紙 SMILES-ASP利用者番号カード申し込み票に必要事項をご記入の上、

(株)浜名湖国際頭脳センターまでメールまたはＦＡＸにて送付して下さい。

カードは積算ＳＥ有資格者に対して発行しますが、申込は所属企業ごとに受付します。

(2)申込締切 : 令和２年３月１８日（水）

(3)発送予定 : 令和２年４月中旬予定

※申込締め切り後の新規、追加の申し込みは認証方式切替後に順次発送いたします。

３．SMILES-ASP利用者番号カード発行費用

　(1)発行費用

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 単　価（税別） |
| SMILES-ASP利用者番号カード費用 | 500円／枚  |
| SMILES-ASP利用者番号カード事務手数料 | 2,000円／式 |

(2) 注意点

・SMILES-ASP利用者番号カードは、積算ＳＥ有資格者以外には発行できません。

・SMILES-ASP利用者番号カード事務手数料は、（発行枚数によらず）手続き毎に費用が発生します。

・SMILES-ASP利用者番号カード発行費用の請求書は、申請のあった企業宛に発行致します。

　　　　　　　　 【問い合わせ先：TEL】

システム利用・SMILES-ASP利用者番号カードご購入に関するお問い合わせ

　　　　　　　　　　　　（株）浜名湖国際頭脳センター　 ：　054-255-8546

積算ＳＥ制度に関するお問い合わせ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（一社）静岡県測量設計業協会 ：　054-252-0322

【　SMILES-ASP利用者番号カード申し込み票　】

**FAX送信先：株式会社浜名湖国際頭脳センター　０５４－２５５－８６２８**

**メール送信先：sekisan@hamanako.co.jp**

下記の内容をご確認のうえ、必要な項目にご記入し、上記の宛先まで、

**メールまたはＦＡＸにて必ずご返送下さい。**

**1.下記にSMILES-ASP利用者番号ｶｰﾄﾞの発行を希望される方の積算SE番号とSE氏名をご記入下さい。**

　積算ＳＥ番号　　　　ＳＥ氏名　　　　　　　　　　積算ＳＥ番号　　　　ＳＥ氏名

合計　　　　名

**2.上記の合計人数を下表の数量欄にご記入下さい。**

※SMILES-ASP利用者番号カード申込数の

「数量」と「金額」の枠に必要事項をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **項目** | **単　価** | **数　量** | **金　額** |
| **SMILES-ASP利用者番号カード費用** | **500円／枚**  | 枚 | 円 |
| **SMILES-ASP利用者番号カード事務手数料** | **2,000円／式** | 1　式 | 2,000　円 |

**3.下記にご担当者の氏名等をご記入して下さい。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | 記入日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | (〒　　　　　) |
| 担当部署 |  | 担当者 | 　　　　　　　　㊞ |
| 電話番号 | 　　　　（　　　　） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 　　　　　　　　　　　　　＠ |

※記入内容は、当件の申し込みに利用する他、事務連絡や関連事業の情報提供のために一般社団法人静岡県測量設計業協会及び㈱浜名湖国際頭脳センターが利用することがありますが、第三者（関係者を除く）に公開するものではありません。