

# 【記入例】

【熊本県限定】

富士フイルムメディカル株式会社

## 地域医療連携 C@RNA Connect 新規申込書（医療機関）


富士フイルムメディカル株式会社が提供する地域医療連携 C@RNA Connect へのご加入を希望される場合は、「サービス利用規約」をよくお読みになり、以下必要事項をご記入の上、捺印をお願いいたします。

ご記入欄

お客様お申込日

平成 ○○ 年 × 月 △ 日

※「お客様の個人情報のお取り扱い」については、別紙をご確認ください。

医療施設名	フリガナ <b>フジ クリニック</b> <b>富士 クリニック</b>
ご契約者名	フリガナ <b>フジ タロウ</b> 捺  <b>富士 太郎</b>
所在地	〒 106 - 8620 <b>東京都港区西麻布2-26-30</b>
電話番号	市外局番 ( 03 ) 6418 - 2010
FAX番号	市外局番 ( 03 ) 6418 - 2020
メールアドレス (携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)	<b>fuji-cli@fujifilm.co.jp</b>
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先)	(部署名) <b>企画課</b> (氏名) <b>六本木 花子</b>
地域医療連携 C@RNA Connect 依頼先施設名	<b>熊本県下の病院</b> * オープン予約を承諾した病院に限定されます。 <input checked="" type="checkbox"/> 今後予約可能な施設が発生した場合、自動的に追加登録を実施する。

【ご加入を希望される医療施設様の接続方法をお選びいただき、以下「」の中にチェック(レ)をお願いいたします。】



施設様でPC端末を用意し、SSL接続で利用する。



富士フイルムメディカルからPC端末を購入し、IPsec+IKE(VPN接続)で利用する。

【サービスご利用時に必要となりますアカウントおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入ください。】

アカウント(第1希望)	<b>1 f u j i t</b>
アカウント(第2希望)	<b>f u j i 2 3 4</b>

※アカウントは、第2希望までご記入ください。

※アカウントは「アルファベット(大文字)」、「アルファベット(小文字)」、「数字」、「記号」、のうち  
少なくとも2種類を組み合わせた8~12文字でお願いいたします。

 パスワード	<b>&amp; f u j i C L 5</b>
---	----------------------------

※パスワードは「アルファベット(大文字)」、「アルファベット(小文字)」、「数字」、「記号」、のうち  
少なくとも2種類を組み合わせた8~12文字でご記入ください。

※パスワードはアカウントと異なるように設定ください。

### 販売会社記入欄

画像返信機能	使用する <input checked="" type="radio"/> <b>しない</b> (備考欄)		
担当営業所名	アザブ営業所	担当営業名	麻布 次郎
担当サービスセンター名	アザブサービスセンター	担当サービス名	富士山 五郎
文書管理情報			
文書管理番号	システム契約ID	管理責任者	