

地域医療連携 C@RNA Connect 新規申込書 (医療機関)

富士フィ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
ご契約者名	フリガナ (印)
所在地	〒 -
電話番号	市外局番 () -
FAX番号	市外局番 () -
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)	
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先)	(部署名) (氏名)
地域医療連携 C@RNA Connect 依頼先施設名	熊本県下の病院 *オープン予約を承諾した病院に限定されます。 <input 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。
- 富士フィ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)	
アカウント(第2希望)	

※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	
-------	--

※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 ・ しない	(備考欄)
担当営業所名		担当営業名
担当サービスセンター名		担当サービス名
文書管理情報		
文書管理番号	システム契約ID	管理責任者