

地域医療連携 C@RNA Connect 申込書

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。なお利用できるサービス内容は、連携する病院と当社との契約如何によるものとします。

ご記入欄

お客様お申込日

20XX 年 10 月 25 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。

代表者のご記名と捺印
をお願いいたします

契約施設名 (正式名称をご記入ください)	フリガナ イリヨウハウジンシャダンフジカイ フジクリニック 医療法人社団富士会 富士クリニック
ご契約者名 (ご捺印は必須です)	フリガナ フジ タロウ (役職) 院長 富士 太郎
所在地	〒 106 - 8620 東京都港区西麻布2-26-30
電話番号	市外局番 (03) 6418 - 2010
F A X 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)	fuji-cli@fujifilm.co.jp
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先) (ご記入がない場合は、ご契約者様へ送付いたします)	(部署名) 企画課 (氏名) 六本木 花子
施設タイプ (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 薬局 リハビリテーション病院 療養施設 老人保健施設 特別養護老人ホーム 訪問介護 その他()
ご利用者名 (契約者と異なる場合にご記入ください)	フリガナ ナイカ フジ イチロウ (部署名) 内科 (氏名) 富士 一郎
ご利用者の職種 (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 歯科医師 看護師 准看護師 臨床検査技師 診療放射線技師 薬剤師 理学療法士 言語聴覚士 作業療法士 精神保健福祉士 臨床心理技術者 メディカルソーシャルワーカー 技工士 臨床工学技師 ケアマネージャー その他() 両方の施設に同時に お申し込みいただけます
契約施設と連携する施設名 (連携を希望する施設を○で囲んでください)	<input checked="" type="checkbox"/> 佐賀大学医学部附属病院 <input checked="" type="checkbox"/> 佐賀県医療センター好生館
連携済病院 (既に連携済のご施設がありましたら○で囲んでください)	佐賀大学医学部附属病院・佐賀県医療センター好生館 山元記念病院・その他() ※既に連携病院がある場合 <input checked="" type="checkbox"/> 既に連携病院がありましたら○で 困ってください。その場合、以下の アカウント・パスワードは記入不要です 入不要です。

【ご加入を希望される施設様の接続方法をお選びいただき、以下「」 施設様のPC端末を使用してインターネットで接続する。 その他()

【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。】

※既に他の施設様と連携されている場合、一つのアカウントとパスワードで複数施設と連携が可能のためご記載不要です

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

※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	& f u j i C L 5
-------	----------------------------

※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)
時系列ビュー機能	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