

地域医療連携 C@RNA Connect 新規申込書

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(又は自署記入)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

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。

| | |
|--|--|
| 契約施設名 (正式名称をご記入ください) | フリガナ |
| ご契約者名 (ご捺印は必須です) | フリガナ (役職) 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) (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) (氏名) |
| 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 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 (部署名) (氏名) |
| 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) | 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 栄養士 歯科衛生士 歯科技工士 臨床工学技師 ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 事務 その他() |
| 契約施設と連携する施設名 | 社会医療法人 共愛会 戸畑共立病院 |

【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「□」の中にチェック(レ)をお願いいたします。】

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。】

| | |
|--------------|--|
| 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) |
| 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 |

※ご利用者の複数申請/追加申請の場合は別表にて申請ください。

【記入例】

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

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 | 2000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。

ご捺印は必須です。但し自署の際は捺印不要です。

| | |
|--|--|
| 契約施設名 (正式名称をご記入ください) | フリガナ イリヨウホ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 |
| 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) | 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 ○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) | ○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 栄養士 歯科衛生士 歯科技工士 臨床工学技師 ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 事務 その他() |
| 契約施設と連携する施設名 | 西麻布病院 |

【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「□」の中にチェック(レ)をお願いいたします。】

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。】

| | |
|--------------|-------------|
| 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 |

※ご利用者の複数申請/追加申請の場合は別表にて申請ください。

F201901-03