

## 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(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。必要事項を記載後、連携する施設へ原本を送付ください。

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) <span style="float: right;">印</span>
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	独立行政法人国立病院機構宮崎東病院

【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。】

※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)※																				
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提供の地域医療連携 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。必要事項を記載後、連携する施設へ原本を送付ください。

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。

契約施設名 (正式名称をご記入ください)	フリガナ <b>イリョウハウジンシャダンフジカイ フジクリニック</b> <b>医療法人社団富士会 富士クリニック</b>	ご捺印は必須です 但し自署の際は捺印不要です
ご契約者名 (ご捺印は必須です)	フリガナ <b>フジ タロウ</b> (役職) <b>院長 富士 太郎</b>	<b>富士</b>
所在地	〒 <b>106 - 8621</b> <b>東京都港区西麻布2-26-30</b>	
電話番号	市外局番 ( <b>03</b> ) <b>6418</b> - <b>2010</b>	
FAX番号	市外局番 ( <b>03</b> ) <b>6418</b> - <b>2020</b>	
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)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) <b>企画課</b> (氏名) <b>六本木 花子</b>	
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 <b>診療所</b> 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 <b>ナイカ</b> <b>フジ イチロウ</b> (部署名) <b>内科</b> (氏名) <b>富士 一郎</b>	
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 <b>歯科医師</b> 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	* オープン予約を承諾した病院に限定されます。 <b>西麻布病院</b>	

【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。】

※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)※	<b>1 F u j i t 9 8</b>
アカウント(第2希望)※	<b>F u j i 2 3 4 5</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 ・ 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