

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、下記必要事項をご記入の上、捺印お願い致します。

ご記入欄	以下、太枠の中を黒ボールペンではっきりとご記入下さい。	お客様お申込日	平成 年 月 日
------	-----------------------------	---------	----------

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 <small>(携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)</small>	
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	大阪急性期・総合医療センター

※お客様の個人情報お取り扱いについては、別紙をご覧ください。

【サービスご利用時に必要となりますユーザーIDおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入下さい。】

※ユーザーIDについては、第2希望までご記入願います。

※必ず、英字と数字を組み合わせ、大文字・小文字・英数字を、はっきりとご記入下さい。

ユーザーIDは6～12桁の英数字の組み合わせでお願い致します。

ユーザーID (第1希望) 英字と数字の組合せ 必須	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
ユーザーID (第2希望) 英字と数字の組合せ必須	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												



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」が使用できますが、必ず英字と数字は組み見合わせた8～12文字でお願い致します。

※パスワードはユーザーIDと異なるように設定下さい。

使用可能な記号 ! \$ &

パスワード(英字と数字の組合せ必須)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												

★施設様でご利用する接続方法をお選びいただき、以下口の中にチェック(レ)をお願いします。

- 施設様で端末を用意し、SSL接続で使用する。
- 富士フィルムメディカルから端末を購入し、IPsec+IKE(VPN接続)で使用する。

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

【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 (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、下記必要事項をご記入の上、捺印をお願い致します。

ご記入欄	以下、太枠の中を黒ボールペンではっきりとご記入下さい。	お客様お申込日	平成 年 月 日
------	-----------------------------	---------	----------

医療施設名	フリガナ オオサカ クリニック 大阪 クリニック
ご契約者名	フリガナ オオサカ タロウ 捺 大阪 太郎 → 
所在地	〒 560 - 1234 大阪市住吉区〇〇1-2-3
電話番号	市外局番 (06) 1234 - 1000
FAX番号	市外局番 (06) 1234 - 1001
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)	osaka-taro@osaka-cli.co.jp
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先)	(部署名) 総務課 (氏名) 浪速 花子
地域医療連携 C@RNA Connect 依頼先施設名	大阪急性期・総合医療センター

※お客様の個人情報お取り扱いについては、別紙をご覧ください。

【サービスご利用時に必要となりますユーザーIDおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入下さい。】

※ユーザーIDについては、第2希望までご記入願います。

※必ず、英字と数字を組み合わせ、大文字・小文字・英数字を、はっきりとご記入下さい。

ユーザーIDは6~12桁の英数字の組み合わせでお願い致します。

ユーザーID (第1希望) 英字と数字の組合せ 必須	1 o s a k a
ユーザーID (第2希望) 英字と数字の組合せ 必須	o s a k a 1 2



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」が使用できますが、必ず英字と数字は組み見合わせた8~12文字でお願い致します。
※パスワードはユーザーIDと異なるように設定下さい。

使用可能な記号 ! \$ &

パスワード(英字と数字の組合せ必須)	& t a r o C L 9
--------------------	----------------------------

★施設様でご利用する接続方法をお選びいただき、以下口の中にチェック(レ)をお願いします。



施設様で端末を用意し、SSL接続で使用する。



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

販売会社記入欄

画像返信機能	使用する <input checked="" type="checkbox"/> 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