

“TOBU ネット” 接続申込書

私は、以下の機器を使用して名古屋市立大学医学部附属東部医療センター地域医療連携システム“TOBU ネット”への接続を申込みます。

●接続予定の台数 _____ 台（※端末が複数機種の場合、機種毎に本様式をご記入ください）

●使用端末の機種、OSバージョン、ブラウザ（該当に○をご記入ください）

機種と OSバージョン	Windows PC : Windowsバージョン (11 / 10 / 不明)
	Mac : macOSバージョン (27 / 26 / 15 / 14 / 13 / その他 () / 不明)
	iPad : iPadOSバージョン (26 / 18 / 17 / その他 () / 不明)
ブラウザ	Edge・Chrome・Safari・Firefox・その他 ()・不明

●利用するインターネット回線（該当に○をご記入ください）

(1) 接続環境		有線 LAN ・ 無線 LAN ※無線 LAN の場合、“なごや病診連携ネット”の接続はできません
(2) 回線種類	光	フレッツ・コミュファ・au・docomo・Softbank・その他 ()
	ADSL	フレッツ・YahooBB・その他 ()
	CATV	StarCat・CCnet・その他 ()
	その他	

●使用ウイルス対策ソフト名（該当するものに○をご記入ください）

Windows 標準・ウイルスバスター・Symantec Endpoint protection・Norton・McAfee・Kaspersky・ESET スマートセキュリティ・その他 ()

●ファイル交換ソフト インストールされていないことを確認した
 調べ方がわからない 未確認

●当該端末で電子カルテ使用の有無

有（製品名 _____） 無

●当該端末で他の地域連携システム使用の有無

有（システム名 _____） 無

●その他クラウドサービス使用の有無

有（サービス名 _____） 無

申込日 令和 年 月 日

医療機関の住所 〒 _____

医療機関名（法人名） _____

病診連携登録医氏名 _____

連絡担当者（登録医と異なるとき） _____

電話番号 _____ () _____

FAX 番号 _____ () _____

E-Mail 【 _____ 】