担当サービスセンター名

文書管理番号

## 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、<mark>捺印</mark>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。		お客様も	3申込日	20	年	月	日
		¬,,,,,,,						$\overline{}$
	施 設 名	フリガナ						
		フリガナ						
ご契約	內 者 名							
						印		
1 ולז	工地							
電 話	番 号	市外局番	(	)	_			
				`				
	´番号 <del></del>	市外局番	(	)		•		
	<b>メールアドレス</b> (携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)							
	き C@RNA Connect	 - プ	生体部/	ーチェッ	カをえか	ア下さ	:L \	
親施設:東部医療セン		<b>C</b> 和 主 政 科	マノしかじ。文「		// <u> </u>	יכ ויכ	70 %	
	<del>ッー</del> とへ登録する。(施設が増え	た時は、自動的	に追加登録	となりま	す。)			
口:中京病院 口	:名古屋セントラルクリニ	ニック ロ	国立長寿原	医療研究	センター		:大同病院	ē l
□∶碧南市民病院	□∶大名古屋ビルセント	トラルクリニッ・		中部ろ	うさい病院	Ē		
— □·石百座共立病院 — □:名古屋棭済会病院	□:大名古屋ビルセント □:名古屋市立大学病 □:名城病院	対応   □·ਗ □∶愛知県がん	(果) 石口・センター	産セノロ	トフル病院 :名古屋医:	寮センタ	· —	
口: 栄エンぜルクリニ	ック 口:南生協病院	記 口:協立	総合病院		東部医療	センター	-	
						(诅	<b>運用開始順</b>	<b>5</b> )
		* <del>-* -*</del>						<u></u>
※お客様の個人情報お取り扱いについては、別紙をご覧下さい。								
【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。 ※大文字・小文字・英数字は、はっきりとご記入下さい。								
<u> </u>								
ユーザーID(第1希望)								
ユーサーI	D (第1希望) 							
7 — # — I	D (笙2希望)							
ユ ー ザ ー I D (第2希望)								
パスワードは「アル	ファベット(大文字)」、「アノ	レファベット(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。								
<del>(大) (大) (大) (大) (大) (大) (大) (大) (大) (大) </del>								
	ワード							
★施設様でご利用する接続方法をお選びいただき、以下□の中にチェック(レ)をお願いします。								
レ 施設様で端末を用意し、TLS接続で使用する。								
	則	<b>反売会社記</b> 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4	3				

担当サービス名

管理責任者

文書管理情報

システム

契約ID

## 【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C@RNA医療連携サービス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、下記必要事項をご記入の上、<mark>捺印</mark>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	ス下さい。 お客様お申込日 ○○○○ 年 × 月 △ 日						
医療施設名	フリガナ フジ クリニック						
	富士 クリニック						
ご 契 約 者 名	フリガナ フジ タロウ 捺 事 事 本郎						
所 在 地	<sup>〒 106 - 8620</sup> 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						
地域医療連携 C@RNA Connect	ご希望依頼先施設にチェックを入れて下さい。						
親施設:東部医療センター  ②:愛知県下の全施設へ登録する。(施設が増えた時は、自動的に追加登録となります。)  ②:中京病院 ②:名古屋セントラルクリニック ②:国立長寿医療研究センター ②:大同病院 ②:碧南市民病院 ②:大名古屋ビルセントラルクリニック ②:中部ろうさい病院 ②:名古屋共立病院 ②:名古屋市立大学病院 ②:JR東海 名古屋セントラル病院 ②:名古屋掖済会病院 ②:名古屋掖済会病院 ②:名古屋旅病院 ②:常生協病院 ②:衛生協病院 ②:衛生協病院 ②:第エンゼルクリニック ②:南生協病院 ②:旅立総合病院 ②:東部医療センター							
V.小南楼。图   唐初本版     柳   八一本   八一   回   柳 +	(運用開始順)						
※ <u>お客様の個人情報お取り扱いについては、別紙をご覧下さい。</u> 【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。 ※大文字・小文字・英数字は、はっきりとご記入下さい。							
ューザIDは <u>6~12桁</u> の英数字の組み合わせでお願	い致します。						
ユ ー ザ ー I D (第1希望)	1 f u j i t						
ユ — ザ — I D (第2希望)	f u j i 2 3 4						
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	& f u j i C L 5						
★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。							
ル 施設様で端末を用意し、TLS接続で使用する。							

販売会社記入欄								
画像返信	幾能	使用する	(しない)	(備考欄	)			
担当営第	<b>美所名</b>	-	アザブ営業所		担当営業名		麻布 次郎	
担当サービス	担当サービスセンター名 アザブサービスセンター		-	担当サービス名		富士山 五郎		
文書管理情報								
文書管理番号			システム 契約ID			管理責任者		