

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。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) 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) <small>(ご記入がない場合は、ご契約者様へ送付いたします)</small>	(部署名) (氏名)
施設タイプ <small>(該当する項目を1つだけ○で囲んでください)</small>	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※ <small>(該当する項目を1つだけ○で囲んでください)</small>	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。

【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(シ)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】

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 イリョウホウジンシャダフジカイ 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 フジ タロウ (役職) 院長 富士 太郎	富士
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	
F A X 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をご遠慮ください)	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	* オープン予約を承諾した病院に限定されます。 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。】

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

※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。