

## 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) <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 (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	

【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	しない	(備考欄)	
時系列ビュー機能	しない	(備考欄)	
担当営業所名	大阪支店	担当営業名	大坪・鈴木
担当サービスセンター名	大阪サービスセンター	担当サービス名	藤原
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/追加申請の場合はコピーして申請ください。