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

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 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（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(書類送付先)（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	医師　歯科医師　看護師　準看護師　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	**総合病院　岡山協立病院**

【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な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種類を組み見合わせた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種類を組み見合わせた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】

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

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 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	20〇〇 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。

ご捺印は必須です
但し自署の際は捺印不要です

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ンフジカイ　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 － 862(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
ご連絡先ご担当者氏名（書類送付先）（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）　企画課　（氏名）　六本木　花子
施設タイプ（該当する項目を1つだけ〇で囲んでください	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つだけ〇で囲んでくださ	医師　歯科医師　看護師　準看護師　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	総合病院岡山協立病院　＊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（レ）をお願いいたします。】

- [レ] 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なためご記載不要です。

アカウント（第1希望）※	1Fujit98
アカウント（第2希望）※	Fuji2345

※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種類を組み見合わせた8～12文字でお願いいたします。

パスワード※	&fujiCL5

※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。