

# 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、**捺印**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。	お客様お申込日	20 年 月 日
------	-----------------------------	---------	----------

<b>医療施設名</b>	フリガナ
<b>ご契約者名</b>	フリガナ <div style="text-align: right;">印</div>
<b>所在地</b>	〒 -
<b>電話番号</b>	市外局番 ( ) -
<b>FAX番号</b>	市外局番 ( ) -
<b>メールアドレス</b> <small>(携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)</small>	
<b>地域医療連携 C@RNA Connect 依頼先施設名</b> <small>ご希望依頼先にチェックを入れて下さい。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 愛知県がんセンター <input type="checkbox"/> 名古屋医療センター <input type="checkbox"/> 名城病院 <input type="checkbox"/> JR東海 名古屋セントラル病院 <input type="checkbox"/> 名古屋市立大学病院 <input type="checkbox"/> 名古屋掖済会病院 <input type="checkbox"/> 中部ろうさい病院 <input type="checkbox"/> 中京病院 <input type="checkbox"/> 大同病院 <input type="checkbox"/> 大名古屋ビルセントラルクリニック <input type="checkbox"/> 名古屋共立病院 <input type="checkbox"/> 名古屋セントラルクリニック <input type="checkbox"/> 国立長寿医療研究センター <input type="checkbox"/> 碧南市民病院  <input type="checkbox"/> 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。)

※お客様の個人情報お取り扱いについては、別紙をご覧ください。

【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。

ユーザーIDは6～12桁の英数字の組み合わせでお願い致します。

ユーザーID (第1希望)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												

ユーザーID (第2希望)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												



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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												

★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)をお願い致します。

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

画像返信機能	使用する ・ <u>しない</u>	(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


# 【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、**捺印**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。	お客様お申込日	〇〇〇〇年 × 月 △ 日
------	-----------------------------	---------	---------------

医療施設名	フリガナ <b>フジ クリニック</b> <b>富士 クリニック</b>
ご契約者名	フリガナ <b>フジ タロウ</b> <b>富士 太郎</b> 捺印 
所在地	〒 106 - 8620 <b>東京都港区西麻布2-26-30</b>
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)	<b>fuji-cli@fujifilm.co.jp</b>
地域医療連携 C@RNA Connect 依頼先施設名 ご希望依頼先にチェックを入れて下さい。	<input checked="" type="checkbox"/> 愛知県がんセンター <input checked="" type="checkbox"/> 名古屋医療センター <input checked="" type="checkbox"/> 名城病院 <input checked="" type="checkbox"/> JR東海 名古屋セントラル病院 <input checked="" type="checkbox"/> 名古屋市立大学病院 <input checked="" type="checkbox"/> 名古屋掖済会病院 <input checked="" type="checkbox"/> 中部ろうさい病院 <input checked="" type="checkbox"/> 中京病院 <input checked="" type="checkbox"/> 大同病院 <input checked="" type="checkbox"/> 大名古屋ビルセントラルクリニック <input checked="" type="checkbox"/> 名古屋共立病院 <input checked="" type="checkbox"/> 名古屋セントラルクリニック <input checked="" type="checkbox"/> 国立長寿医療研究センター <input checked="" type="checkbox"/> 碧南市民病院  <input checked="" type="checkbox"/> 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。)


※お客様の個人情報お取り扱いについては、別紙をご覧ください。

【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。

ユーザーIDは6～12桁の英数字の組み合わせでお願い致します。

ユーザーID (第1希望)	<b>f u j i i t</b>
ユーザーID (第2希望)	<b>f u j i 2 3 4</b>

 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	<b>&amp; f u j i C L 5</b>
-------	----------------------------

★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。

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				
画像返信機能	使用する <input checked="" type="radio"/> <b>しない</b>	(備考欄)		
担当営業所名	アザブ営業所	担当営業名	麻布 次郎	
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