

# 【記入例】

富士フィ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）

富士フィ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

○○○○年 × 月 △ 日

医療施設名	フリガナ フジ クリニック <b>富士 クリニック</b>
ご契約者名	フリガナ フジ タロウ 捺印 → <b>富士 太郎</b>
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 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"/> 名古屋市立大学病院 <input type="checkbox"/> 大同病院 <input type="checkbox"/> JR東海 名古屋セントラル病院 <input type="checkbox"/> 名城病院 <input type="checkbox"/> 名古屋医療センター <input type="checkbox"/> 愛知県がんセンター <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"/> 大名古屋ビュー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。

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）	1 f u j i t
ユーザーID（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□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"/> しない	(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