

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
------	-----------------------------	---------	----------

医療施設名	フリガナ
ご契約者名	フリガナ <div style="text-align: right;">印</div>
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>	@
地域医療連携 C@RNA Connect ご希望依頼先施設にチェックを入れて下さい。	
<p>親施設:独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター <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。)</p> <p> <input type="checkbox"/>:中京病院 <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"/>:大同病院 <input type="checkbox"/>:碧南市民病院 <input type="checkbox"/>:大名古屋ビルセントラルクリニック <input type="checkbox"/>:中部労災病院 <input type="checkbox"/>:名古屋共立病院 <input type="checkbox"/>:名古屋市立大学病院 <input type="checkbox"/>:JR東海 名古屋セントラル病院 <input type="checkbox"/>:名古屋掖済会病院 <input type="checkbox"/>:名城病院 <input 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 type="checkbox"/>:栄エンゼルクリニック <input type="checkbox"/>:南生協病院 <input type="checkbox"/>:協立総合病院 <input type="checkbox"/>:東部医療センター <input type="checkbox"/>:名市大リハビリテーション病院 <input type="checkbox"/>:西部医療センター </p> <p style="text-align: right;">(運用開始</p>	

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

【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 フジ クリニック 富士 クリニック
ご契約者名	フリガナ フジ タロウ 捺印  富士 太郎
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
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
地域医療連携 C@RNA Connect ご希望依頼先施設にチェックを入れて下さい。	
親施設: 独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター <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。) <input checked="" type="checkbox"/> : 中京病院 <input checked="" 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"/> : 大同病院 <input checked="" type="checkbox"/> : 碧南市民病院 <input checked="" type="checkbox"/> : 大名古屋ビルセントラルクリニック <input type="checkbox"/> : 中部労災病院 <input checked="" type="checkbox"/> : 名古屋共立病院 <input checked="" type="checkbox"/> : 名古屋市立大学病院 <input type="checkbox"/> : JR東海 名古屋セントラル病院 <input checked="" type="checkbox"/> : 名古屋掖済会病院 <input checked="" type="checkbox"/> : 名城病院 <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 checked="" type="checkbox"/> : 栄エンゼルクリニック <input checked="" type="checkbox"/> : 南生協病院 <input type="checkbox"/> : 協立総合病院 <input type="checkbox"/> : 東部医療センター <input checked="" type="checkbox"/> : 名市大リハビリテーション病院 <input checked="" type="checkbox"/> : 西部医療センター (運用開始)	

※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)	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"/> 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	