地域連携診療情報システム(金鯱メディネット)申込書　　　　様式 14

申込日　 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名または企業名 |  |
| 代表者名 |  |
| 連絡担当者（代表と異なるとき） |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号/ FAX 番号 | - | - | - | - |
| E-Mail（携帯メール不可） |  |

下記、該当する項目に レ チェックをお付け下さい。

|  |
| --- |
| **1．ご利用コンピュータの OS、ブラウザ、前提ソフト、ユーザー権限をご回答ください。**●**OS：□**Windows10　**□**Windows11●**ブラウザ：□**Edge　**□**Chrome　　　　　　　**※Edge・Chromeのみサポート。**●**前提ソフト：□**Adobe Acrobat Reader **※ない場合、Adobeよりインストールをお願いします。**●**ユーザー権限：□**Administrator権限　 　 **※設定にAdministrator権限が必要、権限付与して下さい。** |
| 2．**ご利用コンピュータのインターネット接続状況をご回答ください。**●**インターネット閲覧： □**可能　**※インターネット経由で金鯱メディネットを接続するため、インターネットに繋がることが必須です。** |
| **3．インストールされているウイルス対策ソフト名をご回答ください。**（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）ライセンス有効期限：　　 / / |
| **ご不明な点等は、担当者(訪問も可)がサポートさせて頂きます。****連絡先：052-951-1206　（連携室：豊田、佐久間、山本）** |

**FAX 送付先：名古屋医療センター地域医療連携室 052-951-1207**