

# 地域連携診療情報システム(金鯨メディネット)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鯨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)がサポートさせていただきます。

連絡先 : 052-951-1206 (連携室 : 豊田、佐久間、寺田)

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