

## 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 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、以下必要事項をご記入の上、捺印をお願いいたします。

|      |         |    |   |   |   |
|------|---------|----|---|---|---|
| ご記入欄 | お客様お申込日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
|------|---------|----|---|---|---|

※「お客様の個人情報のお取り扱い」については、別紙をご確認ください。

|   |   |
|---|---|
| 医療施設名<br>(正式名称をご記入ください)                       | フリガナ<br>-----                                     |
| ご契約者名   | フリガナ<br>(役職) <span style="float: right;">印</span> |
| 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<br>(携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)             |   |
| ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先)<br>※ご記入がない場合は、ご契約者様へ送付いたします | (部署名) (氏名)  |
| 地域医療連携 C@RNA Connect<br>依頼先施設名                | 総合病院 国保旭中央病院                                      |

【ご加入を希望される医療施設様の接続方法をお選びいただき、以下「□」の中にチェック(レ)をお願いいたします

- 施設様でPC端末を用意し、SSL接続で利用する。
- 富士フイルムメディカルからPC端末とVPNルータを購入し、VPN接続で利用する。
- 富士フイルムメディカルからPC端末とVPNクライアントソフトを購入し、VPN接続で利用する。

【サービスご利用時に必要となりますアカウントおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入ください。】

|             |  |
|-------------|--|
| アカウント(第1希望) |  |
| アカウント(第2希望) |  |

※アカウントは、第2希望までご記入ください。  
 ※アカウントは「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文字でお願いいたします。

|       |  |
|-------|--|
| パスワード |  |
|-------|--|

※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文字でご記入ください。  
 ※パスワードはアカウントと異なるように設定ください。

## 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地域医療連携 C@RNA Connect 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、以下必要事項をご記入の上、捺印をお願いいたします。  
ただし、ACTIVELINEご加入中の場合は、ASSISTA Portalのオンライン申込みをご利用ください。

|      |         |                 |
|------|---------|-----------------|
| ご記入欄 | お客様お申込日 | 平成 ○○ 年 × 月 △ 日 |
|------|---------|-----------------|

※「お客様の個人情報のお取り扱い」については、別紙をご確認ください。

|   |  |
|---|--|
| 医療施設名<br>(正式名称をご記入ください)                       | フリガナ <u>イリョウハウジンシャダンフジカイ</u> フジクリニック<br><b>医療法人社団富士会 富士クリニック</b> |
| ご契約者名   | フリガナ <u>フジ タロウ</u> 捺 → (富士)<br>(役職) <b>院長 富士 太郎</b>              |
| 所在地   | 〒 106 - 8620<br><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<br>(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>                                   |
| ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先)<br>※ご記入がない場合は、ご契約者様へ送付いたします | (部署名) <b>企画課</b> (氏名) <b>六本木 花子</b>                              |
| 地域医療連携 C@RNA Connect<br>依頼先施設名                | <b>西麻布病院</b>   |

【ご加入を希望される医療施設様の接続方法をお選びいただき、以下「口」の中にチェック(レ)をお願いいたします

- 施設様でPC端末を用意し、SSL接続で利用する。
- 富士フイルムメディカルからPC端末とVPNルータを購入し、VPN接続で利用する。
- 富士フイルムメディカルからPC端末とVPNクライアントソフトを購入し、VPN接続で利用する。

【サービスご利用時に必要となりますアカウントおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入ください。】

|             |                      |
|-------------|----------------------|
| アカウント(第1希望) | <b>1 f u j i t</b>   |
| アカウント(第2希望) | <b>f u j i 2 3 4</b> |

※アカウントは、第2希望までご記入ください。  
※アカウントは「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文字でお願いいたします。

|       |                            |
|-------|----------------------------|
| パスワード | <b>&amp; f u j i C L 5</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文字でご記入ください。  
※パスワードはアカウントと異なるように設定ください。

| 販売会社記入欄     |                    |         |               |
|-------------|--------------------|---------|---------------|
| 画像返信機能      | 使用する <b>しない</b>    | (備考欄)   |               |
| 担当営業所名      | <b>アザブ営業所</b>      | 担当営業名   | <b>麻布 次郎</b>  |
| 担当サービスセンター名 | <b>アザブサービスセンター</b> | 担当サービス名 | <b>富士山 五郎</b> |
| 文書管理情報      |                    |         |               |
| 文書管理番号      | システム契約ID           | 管理責任者   |               |