

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

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(又は自署記入)をお願いいたします。なお利用できるサービス内容は、連携する病院と当社との契約如何によるものとします。

ご記入欄

お客様お申込日

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。

|                                                |                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 契 約 施 設 名<br>(正式名称をご記入ください)                    | フリガナ                                                                                                                                                         |
| ご 契 約 者 名<br>(ご捺印は必須です)                        | フリガナ<br>(役職) <div>印</div>                                                                                                                                    |
| 所 在 地                                          | 〒 —                                                                                                                                                          |
| 電 話 番 号                                        | 市外局番 ( ) —                                                                                                                                                   |
| F A X 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)                                                                                                                                                   |
| 施 設 タ イ プ<br>(該当する項目を1つだけ○で囲んでください)            | 病院 診療所 薬局 リハビリテーション病院 療養施設 老人保健施設<br>特別養護老人ホーム 訪問介護 その他( )                                                                                                   |
| ご 利 用 者 名※<br>(契約者と異なる場合にご記入ください)              | フリガナ<br>(部署名) (氏名)                                                                                                                                           |
| ご利用者の職種※<br>(該当する項目を1つだけ○で囲んでください)             | 医師 歯科医師 看護師 准看護師 臨床検査技師 診療放射線技師 薬剤師<br>理学療法士 言語聴覚士 作業療法士 精神保健福祉士 臨床心理技術者<br>メディカルソーシャルワーカー 栄養士 歯科衛生士 歯科技工士 臨床工学技師<br>ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 事務<br>その他( ) |
| 契約施設と連携する施設名                                   | 公立学校共済組合 九州中央病院                                                                                                                                              |

【ご加入を希望される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。】

施設様のPC端末を使用してインターネットで接続する。

その他( )

【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)   |  |
| 時系列ビュー機能    | 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 |  |
|--------|--|----------|--|-------|--|

※ご利用者の複数申請/追加申請の場合は別表にて申請ください。F201901-03

【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

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。なお利用できるサービス内容は、連携する病院と当社との契約如何によるものとします。

ご記入欄

お客様お申込日20〇〇 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。

契約施設名  
(正式名称をご記入ください)

フリガナ イリョウハウジンシャダンフジカイ フジクリニック  
医療法人社団富士会 富士クリニック

ご契約者名  
(ご捺印は必須です)

フリガナ フジ タロウ  
(役職) 院長 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

F A X 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

ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先)  
(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) 企画課 (氏名) 六本木 花子

施設タイプ  
(該当する項目を1つだけ○で囲んでください)

病院 診療所 薬局 リハビリテーション病院 療養施設 老人保健施設  
特別養護老人ホーム 訪問介護 その他( )

ご利用者名※  
(契約者と異なる場合にご記入ください)

フリガナ ナイカ フジ イチロウ  
(部署名) 内科 (氏名) 富士 一郎

ご利用者の職種※  
(該当する項目を1つだけ○で囲んでください)

医師 歯科医師 看護師 准看護師 臨床検査技師 診療放射線技師 薬剤師  
理学療法士 言語聴覚士 作業療法士 精神保健福祉士 臨床心理技術者  
メディカルソーシャルワーカー 栄養士 歯科衛生士 歯科技工士 臨床工学技師  
ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 事務  
その他( )

契約施設と連携する施設名

公立学校共済組合 九州中央病院

【ご加入を希望される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。】

☒ 施設様のPC端末を使用してインターネットで接続する。

☐ その他( )

【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)※

1 f u k u o k a

アカウント(第2希望)※

f u k u o k a 2

※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※

& f u j i C L 5

※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)

時系列ビュー機能

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

※ご利用者の複数申請/追加申請の場合は別表にて申請ください。

F201901-03