

本用紙の記載後下記の宛先にFAXをお願い致します。

富士フイルムメディカル(株)九州ITソリューションセンター 森崎宛  
FAX 092-474-2617

**【記入例】 ※赤字部分を必ず記入お願い致します。**

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	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。

契約施設名 (正式名称をご記入ください)	フリガナ イリヨウホ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
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
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
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 メディカルソーシャルワーカー 栄養士 歯科衛生士 歯 ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 その他( )
契約施設と連携する施設名	佐賀県医療センター好生館

【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

アカウント(第1希望)	1 f u j i t
アカウント(第2希望)	f u j i 2 3 4

アカウントは登録後変更出来ません。お間違いの内容記載願います。

※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 I 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。