

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、下記必要事項をご記入の上、**捺印**をお願い致します。

ご記入欄	以下、太枠の中を黒ボールペンではっきりとご記入下さい。	お客様お申込日	20	年	月	日
------	-----------------------------	---------	----	---	---	---

医療施設名	フリガナ
ご契約者名	フリガナ 印
所在地	〒 ー
電話番号	市外局番（ ） ー
FAX番号	市外局番（ ） ー
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)	@
地域医療連携 C@RNA Connect ご希望依頼先施設にチェックを入れて下さい。	
親施設:南生協病院 ☐ :愛知県下の全施設へ登録する。(施設が増えた時は、自動的に追加登録となります。) ☐ :中京病院 ☐ :名古屋セントラルクリニック ☐ :国立長寿医療研究センター ☐ :大同病院 ☐ :碧南市民病院 ☐ :大名古屋ビルセントラルクリニック ☐ :中部ろうさい病院 ☐ :名古屋共立病院 ☐ :名古屋市立大学病院 ☐ :JR東海 名古屋セントラル病院 ☐ :名古屋掖済会病院 ☐ :名城病院 ☐ :愛知県がんセンター ☐ :名古屋医療センター ☐ :栄エンゼルクリニック ☒ :南生協病院 ☐ :協立総合病院 (運用開始順)	

※お客様の個人情報お取り扱いについては、別紙をご覧ください。

【サービスご利用時に必要となりますユーザーIDおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入下さい。】
※ユーザーIDについては、第2希望までご記入願います。 ※大文字・小文字・英数字は、はっきりとご記入下さい。
ユーザIDは6～12桁の英数字の組み合わせでお願い致します。

ユーザーID（第1希望）												
ユーザーID（第2希望）												



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文字でお願い致します。
※パスワードはユーザーIDと異なるように設定下さい。

使用可能な記号 ! \$ &

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

★施設様でご利用する接続方法をお選びいただき、以下口の中にチェック(レ)をお願いします。

☒ 施設様で端末を用意し、TLS接続で使用する。

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C@RNA医療連携サービス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、下記必要事項をご記入の上、**捺印**をお願い致します。

ご記入欄	以下、太枠の中を黒ボールペンではっきりとご記入下さい。	お客様お申込日	〇〇〇〇 年 × 月 △ 日
------	-----------------------------	---------	----------------

医療施設名	フリガナ フジ クリニック 富士 クリニック
ご契約者名	フリガナ フジ タロウ 富士 太郎 捺印 
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
地域医療連携 C@RNA Connect ご希望依頼先施設にチェックを入れて下さい。	
親施設:南生協病院 ☒ :愛知県下の全施設へ登録する。(施設が増えた時は、自動的に追加登録となります。) ☒ :中京病院 ☒ :名古屋セントラルクリニック ☒ :国立長寿医療研究センター ☒ :大同病院 ☒ :碧南市民病院 ☒ :大名古屋ビルセントラルクリニック ☒ :中部ろうさい病院 ☒ :名古屋共立病院 ☒ :名古屋市立大学病院 ☒ :JR東海 名古屋セントラル病院 ☒ :名古屋掖済会病院 ☒ :名城病院 ☒ :愛知県がんセンター ☒ :名古屋医療センター ☒ :栄エンゼルクリニック ☒ :南生協病院 ☒ :協立総合病院 (運用開始順)	

※お客様の個人情報お取り扱いについては、別紙をご覧ください。

【サービスご利用時に必要となりますユーザーIDおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入下さい。】

※ユーザーIDについては、第2希望までご記入願います。 ※大文字・小文字・英数字は、はっきりとご記入下さい。

ユーザーIDは6～12桁の英数字の組み合わせでお願い致します。

ユーザーID (第1希望)	1 f u j i t
ユーザーID (第2希望)	f u j i 2 3 4



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文字でお願い致します。

※パスワードはユーザーIDと異なるように設定下さい。

使用可能な記号 ! \$ &

パスワード	& f u j i C L 5
-------	----------------------------

★施設様でご利用する接続方法をお選びいただき、以下口の中にチェック(レ)をお願い致します。



施設様で端末を用意し、TLS接続で使用する。

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	アザブ営業所	担当営業名	麻布 次郎
担当サービスセンター名	アザブサービスセンター	担当サービス名	富士山 五郎
文書管理情報			
文書管理番号	システム 契約ID	管理責任者	