（様式A3）

地域連携ネットワークシステム「臨海ネット」

利用医登録申請書／端末接続申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 西暦　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | |
| 医療機関名 |  | | |
| 医療機関コード |  | | |
| 申請医氏名  （利用医本人の氏名） | （フリガナ）  ※申請医が複数名の場合は利用代表者の氏名を記入し、別途　利用医一覧  届出書（様式A3-1）の提出をお願いします。 | | |
| （※申請者が勤務医の場合、当該病院の院長の署名または記名・押印） | ㊞ | | |
| 連絡担当部署、氏名  （利用者と異なる場合に  ご記入ください） | 部署  氏名 | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　- | | |
| 電話番号 |  | | |
| FAX番号 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| 使用パソコンの台数 | 台 | | |
| 使用パソコンのOS |  | | |
| 使用インターネット回線 | （記入例：フレッツ光　ネクスト） | | |
| 接続方法：　　有線　　・　　無線 | | ブロードバンドルーター  の利用 | ：　有り （製品名：　　　　　　　　　）　・　無し |
| VPN設置訪問希望日 | 第1希望日：　　　　　月　　　　日　　　　　　　：　　　時頃  第2希望日：　　　　　月　　　　日　　　　　　　：　　　時頃  第3希望日：　　　　　月　　　　日　　　　　　　：　　　時頃 | | |

※登録申請者が複数名の場合は、別途　利用者一覧届出書（様式A3-1）に申請者の名前を記入し提出してください。

（東京臨海病院記載欄）

検印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付 | 医療機関設置訪問日 | 利用者登録 |
| 日付　　　/ | 日付　　　/ | 日付　　　/ |

【事務局】　東京臨海病院　医療連携室

**TEL**：03-5605-8811（代表）　　**FAX**：03-5605-7182（直通）