

にしたま ICT 医療ネットワーク利用申請書

(施設登録申請書)

にしたま ICT 医療ネットワーク協議会長

情報開示施設又は情報参照施設

施設長： _____ ④

にしたま ICT 医療ネットワークの利用施設として参加を希望致しますので、以下のとおり申請します。なお、当該ネットワークの参加にあたっては、貴協議会の諸規程及び関係法令を遵守し、適正に利用します。

申請日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【施設情報欄】

(フリガナ) 施設名	正式名										
	表示名										
住 所	〒 _____	医科又は歯科コード (10桁)									
		1	3	1							
電話番号	() _____	F A X 番号	() _____								
ご担当者様	部署	(フリガナ) 名前									
	電話番号	() _____	F A X 番号	() _____							
	メールアドレス										

【ネットワーク情報欄】

VPN 接続希望数	本
------------------	----------

- ※ VPN 接続希望数は、端末で接続する場合、同時並行利用台数分必要となります。
ルーターで接続する場合、1 本必要となります。
- ※ 利用施設ごとに、上記の必要項目にご記入・押印の上、提出願います。
- ※ 本情報は、本システム運用の統計・連絡手段として利用する予定であり、この目的以外に使用しません。

【にしたま ICT 医療ネットワーク協議会事務局】

メール：nishitamanetwk@nishitama-med.or.jp

電話：0428 (23) 2171 FAX：0428 (24) 1615