

(様式1)

病院連携システム利用申込書

FAX番号 フリーダイヤル  0120-018-599

医療機関名

1. インターネット回線はありますか。
1) ある 2) ない→「ない」場合は、使用できません。

2. パソコンのOSは、Windowsですか。
1) はい 2) いいえ→「いいえ」の場合は、使用できません。
Macは対応していません。

3. セキュリティソフトは入っていますか。
1) 入っている 2) 入っていない
→「入っていない」場合は、使用できません。

4. パソコンの設置場所はどこですか、また、設定希望は何台ですか。
1) 診察室 (台)
2) 院長室 (台)
3) その他 (・ 台)

5. 設定希望日時をご記入願います (曜日・時間帯など)。

*設定には、こちらから訪問させていただきます。設定時間は30分～1時間程度必要になります。

北見赤十字病院 地域医療連携室