

年 月 日

豊川市民病院院長様

医療機関名

(医療機関コード7桁

)

代表者氏名

印

豊川市民病院地域医療連携システム接続申込書

豊川市民病院地域医療連携システムへ接続する機器については以下の通りです。

豊川市民病院地域医療連携システムに接続する機器台数	台
接続機器に導入されているウイルス対策ソフトウェア名称	ライセンス使用期限 年 月 日 (確認日時点のもの)
OS の名称 及びアップデート (windows update 等)	〔 OS の名称 〕 OS に最新のアップデートを定期的に <input type="checkbox"/> 適用している <input type="checkbox"/> 適用していない 適用していないにチェックした理由 ()
ブラウザの名称 及びバージョン	〔 ブラウザ名称・ 〕 ブラウザが最新のバージョンに <input type="checkbox"/> なっている <input type="checkbox"/> なっていない なっていないにチェックした理由 ()
PDF 閲覧ソフトの バージョン	PDF 閲覧ソフトが最新のバージョンに <input type="checkbox"/> なっている <input type="checkbox"/> なっていない なっていないにチェックした理由 ()

(システムに関する担当者・連絡先等)

担当者 部署/氏名	<input type="checkbox"/> 申し込みの代表者に同じ		
メールアドレス			
TEL		FAX	