

お客様の個人情報のお取り扱いについて

1. 富士フイルムメディカル株式会社（以下弊社）は、個人情報保護関連法令、規範を遵守し、お客様の個人情報の保護に努めます。
2. 弊社はご提供いただいた個人情報について、以下の目的の範囲内で取り扱います。
 - お客様のご本人確認、サービス停止、中止、契約解除の通知、その他サービスの提供のため
 - サービスに関連する別のサービスや弊社の新製品の情報などをお客様に通知、ご連絡を行うため
 - 弊社のサービスに関する改善または新規サービスの開発を行うため
 - サービスの利用状況や利用環境などに関する調査を実施するため
3. 弊社は、ご提供いただいた個人情報について、上記利用目的の実施に必要な範囲内で、業務委託先に預託する場合があります。

<お問い合わせ先>

ご提供いただいた個人情報に関するご確認、ご質問および変更等については、下記窓口へお問い合わせください。

富士フイルムソフトウェア株式会社 C@RNA Connect お客様窓口

電話番号：045-476-8920

営業時間：月曜日～金曜日9:00～18:00（祝日、夏季休業および年末年始は除く）

地域医療連携 C@RNA Connect 申込書

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 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、以下必要事項をご記入の上、捺印をお願いいたします。なお利用できるサービス内容は、連携する病院と当社との契約如何によるものとします。

ご記入欄

お客様お申込日

令和 年 月 日

※「お客様の個人情報のお取り扱い」については、別紙をご確認ください。

契約施設名 (正式名称をご記入ください)	フリガナ
ご契約者名 (ご捺印は必須です)	フリガナ (役職) 印
所在地	〒 -
電話番号	市外局番 () -
FAX番号	市外局番 () -
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)	
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先) (ご記入がない場合は、ご契約者様へ送付いたします)	(部署名) (氏名)
施設タイプ (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	病院 診療所 薬局 リハビリテーション病院 療養施設 老人保健施設 特別養護老人ホーム 訪問介護 その他()
ご利用者名 (契約者と異なる場合にご記入ください)	フリガナ (部署名) (氏名)
ご利用者の職種 (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	医師 歯科医師 看護師 准看護師 臨床検査技師 診療放射線技師 薬剤師 理学療法士 言語聴覚士 作業療法士 精神保健福祉士 臨床心理技術者 メディカルソーシャルワーカー 栄養士 歯科衛生士 歯科技工士 臨床工学技師 ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 事務 その他()
契約施設と連携する施設名	

【ご加入を希望される施設様の接続方法をお選びいただき、以下「□」の中にチェック(レ)をお願いいたします。】

- 施設様のPC端末を使用してインターネットで接続する。
- その他()

【サービスご利用時に必要となりますアカウントおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入ください。】
※既に他の施設様と連携されている場合、一つのアカウントとパスワードで複数施設と連携が可能のためご記載不要です。

アカウント(第1希望)	
アカウント(第2希望)	

※アカウントは、第2希望までご記入ください。
※アカウントは「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文字でお願いいたします。

パスワード	
-------	--

※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文字でご記入ください。
※パスワードはアカウントと異なるように設定ください。

販売会社記入欄

画像返信機能	使用する・しない	(備考欄)
時系列ビュー機能	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】

地域医療連携 C@RNA Connect 申込書

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 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、以下必要事項をご記入の上、捺印をお願いいたします。なお利用できるサービス内容は、連携する病院と当社との契約如何によるものとします。

ご記入欄

お客様お申込日

令和 〇〇 年 × 月 △ 日

※「お客様の個人情報のお取り扱い」については、別紙をご確認ください。

契約施設名 (正式名称をご記入ください)	フリガナ イリョウホウジンシャダンフジカイ フジクリニック 医療法人社団富士会 富士クリニック	ご捺印は 必須です
ご契約者名 (ご捺印は必須です)	フリガナ フジ タロウ (役職) 院長 富士 太郎	富士
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	
F A X 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	
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先) (ご記入がない場合は、ご契約者様へ送付いたします)	(部署名) 企画課 (氏名) 六本木 花子	
施設タイプ (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	病院 診療所 薬局 リハビリテーション病院 療養施設 老人保健施設 特別養護老人ホーム 訪問介護 その他()	
ご利用者名 (契約者と異なる場合にご記入ください)	フリガナ ナイカ フジ イチロウ (部署名) 内科 (氏名) 富士 一郎	
ご利用者の職種 (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	医師 歯科医師 看護師 准看護師 臨床検査技師 診療放射線技師 薬剤師 理学療法士 言語聴覚士 作業療法士 精神保健福祉士 臨床心理技術者 メディカルソーシャルワーカー 栄養士 歯科衛生士 歯科技工士 臨床工学技師 ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 事務 その他()	
契約施設と連携する施設名	西麻布病院	

【ご加入を希望される施設様の接続方法をお選びいただき、以下「□」の中にチェック(レ)をお願いいたします。】

施設様のPC端末を使用してインターネットで接続する。

その他()

【サービスご利用時に必要となりますアカウントおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入ください。】

※既に他の施設様と連携されている場合、一つのアカウントとパスワードで複数施設と連携が可能のためご記載不要です。

アカウント(第1希望)	1 f u j i t
アカウント(第2希望)	f u j i 2 3 4

※アカウントは、第2希望までご記入ください。

※アカウントは「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文字でお願いいたします。

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

※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文字でご記入ください。

※パスワードはアカウントと異なるように設定ください。

販売会社記入欄

画像返信機能	使用する ・ しない	(備考欄)
時系列ビュー機能	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
--------	----------	-------