

(様式 4)

「ふくいメディカルネット」接続機器確認書（新規・変更）

(モバイル用)

以下の項目について、記入またはチェックをお願いします。

1	確 認 日	年 月 日
2	機 関 名	
3	代 表 者 名	
4	接 続 機 器 (※) (端末の機種名を 記入してください)	メーカー： 製品名： 型 番：
5	使用している回線 (貸与モバイル端末をどのよう な回線へ接続を予定しているか についてチェックをお願いします。 す。	<input type="checkbox"/> ドコモ <input type="checkbox"/> ソフトバンク <input type="checkbox"/> au <input type="checkbox"/> 施設内W i f i での利用 <input type="checkbox"/> その他 ()
6	ふくいメディカルネット 専用として利用すること	<input type="checkbox"/> 利用します。 ※チェックをお願いします。

(※) の部分については協議会より貸与する閲覧専用端末のみを使用する場合には記入は不要です。しかし2台目以降、モバイル端末を利用する場合には記載願います。

記入例

(様式4)

「ふくいメディカルネット」接続機器確認書 (新規・変更)

(モバイル用)

以下の項目について、記入またはチェックをお願いします。

1 確 認 日	2019 年 1 月 1 日
2 機 関 名	運営協議会クリニック
3 管 理 責 任 者 名	福井 太郎
4 接 続 機 器 (端末の機種名を記入 してください) (※)	メーカー: アップル社 製品名: ipad air2 型 番: MGL12J/A
5 使用している回線 (貸与モバイル端末をどのよう な回線へ接続を予定しているか についてチェックをお願いします。)	<input checked="" type="checkbox"/> ドコモ <input type="checkbox"/> ソフトバンク <input type="checkbox"/> au <input type="checkbox"/> W i f i での利用 <input type="checkbox"/> その他 ()
6 ふくいメディカルネット 専用として利用すること	<input checked="" type="checkbox"/> 利用します。 ※チェックをお願いします。

(※) の部分については協議会より貸与する閲覧専用端末のみを使用する場合には記入は不要です。しかし
2 台目以降、モバイル端末を利用する場合には記載願います。