

設置工事に関する事前調査シート

この調査シートは、「ふくいメディカルネット」に接続するために必要な情報をご提供いただくものです。設置工事の際は、事前に本会にて委託をしている設置業者より電話などでのヒアリング調査をいたしますが、施設のネットワーク環境について、わかる範囲で記入してください。

1. 保険薬局情報

項目	内容		
フリガナ			
保険薬局名			
所在地	〒 ー 福井県		
ネットワーク担当部署名		担当者名	
電話番号	() ー	FAX番号	() ー
アドレス	@		
備 考			

2. インターネット回線の種別

- ☐光回線（フレッツ光ネクスト回線）
 ☐ADSL（8Mbps以上）
☐CATV（会社名： ）
☐その他（ ）

3. 閲覧専用端末を設置する際の院内の配線構成図について

