

設置工事に関する事前調査シート（端末）

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。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. 機関・施設情報

項目	内容		
フリガナ			
機関・施設名			
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（フレッツ光回線）
 ☐ CATV（会社名： ）
- ☐ その他（ ）

3. 閲覧専用端末を設置する際の機関・施設内の配線構成図について



※端末の設置場所への配線ならびにインターネット等は貴院にて準備をお願いします。