**様式第１号（豊川市民病院地域医療連携システムの利用に関する協定書　第1条関係）**

**年　　月　　日**

**豊川市民病院長様**

**医療機関名**

**(医療機関コード7桁　　　　　　　　　　　　　　　　)**

**代表者氏名**

**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****□適用している　□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****□なっている　□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****□なっている　□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** | **□申し込みの代表者に同じ** |
| **メールアドレス** |  |
| **TEL** |  | **FAX** |  |