

接続機器確認書

年 月 日

下記内容の記載をお願いします。

1. 医療機関名	
2. 施設長名	
3. 接続方法	<input type="checkbox"/> 一般家庭同様の通信回線 (ご契約プロバイダ名) <input type="checkbox"/> ソフト VPN による接続 (ご契約プロバイダ名) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
4. 接続機器	※お使いのパソコン名を記載してください。 自作機の場合、特記に詳細を記載してください。 メーカー： 機種名：
5. 接続機器のOS	※上記のパソコンのOS を記載してください。
6. ウィルス対策ソフト	※インストールされているウィルス対策ソフト名を記載してください。
7. 使用ブラウザ	1. Internet Exproler (ver) 2. FireFox (Ver) 3. その他 (具体的に)
8. ファイル交換ソフト のインストール確認	<input type="checkbox"/> インストールしていない。
9. 特記	

【お問い合わせ先】

日本医科大学千葉北総病院 医療連携支援センター
 〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715
 (TEL)0476-99-1810 (直通) (FAX)0476-99-1991

-----< 千葉北総病院使用欄 >-----

(VPN接続)

ID番号	
パスワード	

(処理)

受理日	登録日	台帳記入