様式 3

松山赤十字病院地域医療連携ネットワーク接続機器確認書

この確認書は松山赤十字病院地域医療連携ネットワークに接続するために、必要情報の提供をお願いしております。わからない部分は未記入で結構です。利用環境設定の際は事前に設定業者等がヒアリングさせていただきますが、施設のネットワーク環境等について可能な限りご記入ください。

確認日	年　　月　　日		
医療機関名			
ネットワーク関連 担当部署/担当者			
電話番号		FAX	

●松山赤十字病院地域医療連携ネットワークへの接続はどれを希望されますか

□　愛媛県医師会ネットワーク利用

□　接続済　　□　今回接続を希望

□　オンデマンド VPN 接続

●松山赤十字病院地域医療連携ネットワークをご利用されるパソコンについて

■OS およびバージョン：Windows　（　　）

□その他　（　　）

■ブラウザ：　（　　）

例：Microsoft　Edge

■ウイルス対策ソフト名：

ライセンス使用期限（確認日時点のもの）：　　年　　月　　日

●現在のインターネット環境について

■使用回線：□光回線　□ADSL　□CATV　□その他（　　）

回線 ID：

■インターネットプロバイダ名：

■院内 LAN の有無：□なし　□有線 LAN　□無線 LAN

■利用目的：□Web　□メール　□ネットワークプリンタ　□オンラインレセプト

□その他（　　）