

厚生中央医療情報ネットワーク 利用端末報告書 【様式 3】

厚生中央医療情報ネットワークを利用するパソコンについて、以下の通り申請いたします。
 利用するパソコンは、厚生中央医療情報ネットワークの利用規定に準拠します。

日 付	2 0 年 月 日
申請施設名	
医療機関番号 介護保険事業所番号	<input type="checkbox"/> 医療機関番号 <input type="checkbox"/> 介護保険事業所番号 <input type="checkbox"/> 医療機関コード等なし
フリガナ	
申請者氏名	
申請端末数	
端末のOS	<input type="checkbox"/> Windows10 <input type="checkbox"/> Windows11 <input type="checkbox"/> ★セキュリティパッチや更新を常に行うことを誓約する
Webブラウザ	<input type="checkbox"/> Edge <input type="checkbox"/> Chrome <input type="checkbox"/> Fire Fox
ウイルス対策ソフト	<input type="checkbox"/> ★有償のソフトを導入済み ソフト名： <input type="checkbox"/> ★更新のための契約期間は継続することを誓約する

※対応のOSはWindowsのみです。macは対応できません。

※ウイルス対策ソフトは必須です。

※★はご対応が必ず必要なご対応です。