

大阪母子医療センター地域診療情報連携システム

利用端末機報告書

大阪母子医療センター 総長

大阪母子医療センター地域診療情報連携システムにて使用する端末機を報告します。

申込日	年 月 日
機関名	(ふりがな) (医療機関コード[7桁])
代表者名	(ふりがな) 自署または押印をお願いします
所在地	〒
連絡先	(担当者) (TEL) (FAX)
メール	
端末機 1	OS : <input type="checkbox"/> Windows8 <input type="checkbox"/> Windows10 <input type="checkbox"/> その他 () 利用ブラウザ : バージョン : ウイルス対策ソフト : バージョン :
端末機 2	OS : <input type="checkbox"/> Windows8 <input type="checkbox"/> Windows10 <input type="checkbox"/> その他 () 利用ブラウザ : バージョン : ウイルス対策ソフト : バージョン :

【事務局取扱欄】

受理日 : 年 月 日