

「ID-Link」サービス 契約申込書（閲覧施設様用）

日本電気株式会社 医療ソリューション事業部 事業推進部 行

(〒108-8001 東京都港区芝5-7-1 NEC本社ビル)

新規申込用

地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用約款に同意し、次の通り申し込みます。

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた情報は、NECが提供する「ID-Link」サービスの申込み手続きおよび関連するご連絡に利用させていただきます。

「NEC個人情報保護方針」に関しては(<http://www.nec.co.jp/privacy.html>)をご参照ください。また記載されたすべての情報は、株式会社エスイーシーとの地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用基本契約に基づき、

お申し込みサービス利用手続きのためにデータにて同社に提供します。

ご不明な点は「ID-Link」サービス窓口(necidlink@med.jp.nec.com)にお問い合わせください。

申込日 年 月 日

①ご契約者情報

施設名	フリナガ	
代表者名	フリガナ	
住所	〒	
TEL	病床数 (一般病床+療養病床)	床

②ご利用料金 参照のみ無料

③システムに関するご連絡先情報(全項目必須) サービス利用に関する設定事項(ID/パスワード)などを送付します。

施設名	金沢市医師会
ご担当者様所属・氏名	事務局 笠間 大知
メールアドレス	kasama@kma.jp
TEL	076-263-6721

④ご利用施設情報 ※ご契約者情報と同じでない場合はすべての項目にご記入をお願いします。

施設名	フリナガ
住所	〒
TEL	

⑤連携施設情報 ※主に連携する公開施設様を1施設ご記入ください

施設名	金沢市医師会
-----	--------

今後、当社における拡販を目的とした営業活動のために貴施設名を公開されたくない場合は、以下のボックスにチェックを入れてください。

非公開