令和　　年　 月　　日

鶴岡地区医師会　地域医療連携室　ほたる　行き

　（提出先：〒997-0035　鶴岡市馬場町1-34　鶴岡地区医師会館内）

**Net4U利用申請書**

**（兼セキュリティ対策同意書）**

標記の件、下記の通り申請および同意いたします。

施設情報

施設等名称：

施設所在地：〒　　　　　　　住所

TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

E-メール：

**※ユーザID及びパスワードは、英数小文字6文字以上16文字以内でお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | ふりがな |  | | 職　種 |  |
| 漢字氏名 |  | |  |  |
| ユーザID | |  | パスワード |  |
| 2 | ふりがな |  | | 職　種 |  |
| 漢字氏名 |  | |  |  |
| ユーザID | |  | パスワード |  |
| 3 | ふりがな |  | | 職　種 |  |
| 漢字氏名 |  | |  |  |
| ユーザID | |  | パスワード |  |
| 4 | ふりがな |  | | 職　種 |  |
| 漢字氏名 |  | |  |  |
| ユーザID | |  | パスワード |  |
| 5 | ふりがな |  | | 職　種 |  |
| 漢字氏名 |  | |  |  |
| ユーザID | |  | パスワード |  |

**私どもは、鶴岡地区医師会が運営する「Net4U」を利用するにあたり、利用するコンピューターに必ずセキュリティ対策ソフトをインストールし、定期的にアップデートを行うことまた、利用するユーザに対し、プライバシーの保護に十分留意することを義務付けることに同意します。**

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印