

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