

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。

※すでに使われているユーザID及びパスワードは登録できませんのでご注意ください。

1	ふりがな		職 種 ※職名でなく職種を記入ください	
	漢字氏名			
	ユーザID		パスワード	
2	ふりがな		職 種 ※職名でなく職種を記入ください	
	漢字氏名			
	ユーザID		パスワード	
3	ふりがな		職 種 ※職名でなく職種を記入ください	
	漢字氏名			
	ユーザID		パスワード	
4	ふりがな		職 種 ※職名でなく職種を記入ください	
	漢字氏名			
	ユーザID		パスワード	
5	ふりがな		職 種 ※職名でなく職種を記入ください	
	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