

日本医科大学多摩永山病院医療連携ネットワーク接続機器確認書

本確認書は設定する端末ごと（1台1枚）に起票ください

下記内容の記載をお願いします。

令和 年 月 日

1. 医療機関名	
2. 施設長名	
3. 接続方法	<input type="checkbox"/> ソフト VPN による接続 <input type="checkbox"/> その他（具体的に)
4. 接続機器	※お使いのパソコン名を記載してください。自作機の場合、特記に詳細を記載してください。 メーカー： 機種名：
5. 接続機器の OS	※上記のパソコンの OS を記載してください。 ※Microsoft Windows10,11 以外の OS の場合、検証に時間がかかる場合がございます
6. ウィルス対策ソフト	※インストールされているウィルス対策ソフト名を記載してください。
7. 使用ブラウザ	1 Microsoft Edge (ver) 2 その他（具体的に) ※Microsoft Edge 以外のブラウザの場合、検証に時間がかかる場合がございます
8. ファイル交換ソフトのインストール確認	<input type="checkbox"/> インストールしていない。
9. 特記	

※ウィルス対策ソフトは、必ず導入し、記載していただきますようお願いいたします。

※ファイル交換ソフトが導入していないことの申告は必須でご記入いただきますようお願いいたします。

※上記内容に変更があった場合には、速やかに当確認書を再提出して頂きますようお願いいたします。