

日本医科大学千葉北総病院 日医大連携ネットワークシステム

接続機器確認書

年 月 日

下記内容の記載をお願いします。

1. 医療機関名	
2. 施設長名	
3. 接続方法	☐ 一般家庭同様の通信回線 (ご契約プロバイダ名) ☐ ソフト VPN による接続 (ご契約プロバイダ名) ☐ 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。
6. ウィルス対策ソフト	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。 (Windows Defender等のOS標準セキュリティソフトも含む) ☐ Windows Defender (Microsoft Defender) ☐ ウィルスバスター その他 ()
7. 使用ブラウザ	1. Microsoft Edge (Ver) 2. Google Chrome (Ver) 3. その他 (具体的に)
8. ファイル交換ソフト のインストール確認	☐ インストールしていない。
9. 特記	

【お問い合わせ先】

日本医科大学千葉北総病院 医療連携支援センター
〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715
(TEL)0476-99-1810 (直通) (FAX)0476-99-1991

-----< 千葉北総病院使用欄 >-----

(VPN接続)

ID番号

パスワード

(処理)

受理日

登録日

台帳記入