

モバカルネット連携申込書兼同意書

N T T デバイステクノ株式会社

テクニカルサポート 宛

モバカルネットの連携機能を利用し連携を行うことに同意し、下記の通り申込み致します。

連携希望日※1： 20 年 月 日

連携を希望するモバカルネットをご利用の医療機関

クリニックID※3 2

記入日	20 年 月 日		
連携方式 ※2	☐ 情報を開示する ☐ 情報を受領する		
法人名・医療機関名			押印欄
フリガナ		役職名	
担当者名		電話番号	

連携を希望するモバカルネットをご利用の医療機関

クリニックID※3 2

記入日	20 年 月 日		
連携方式 ※2	☐ 情報を開示する ☐ 情報を受領する		
法人名・医療機関名			押印欄
フリガナ		役職名	
担当者名		電話番号	

※1 連携希望日について

連携希望日は、申込書到着から設定まで5営業日ほど頂いております。ご了承ください。

また、設定作業は希望日の1営業日前に行います。

設定完了のご連絡は致しておりません。ご了承いただきますようお願い申し上げます。

※2 連携方式について

情報を開示する … 自院のモバカルネットを他院に開示し、他院から提携先としてのログインを可能とする。

情報を受領する … 他院のモバカルネットから情報開示を受け、自院から提携先としてログインが可能となる。

※3 クリニックIDについて

クリニックIDは、モバカルネットの設定>利用サービス内容にてご確認ください。

<本申込での注意事項>

情報開示の対象となる患者様へ個人情報の利用目的についてご説明いただき、同意を得た上でお申し込みを頂きますようお願い申し上げます。

▼ 本申込みについてのお問い合わせ

モバカルネット テクニカルサポート：050-5213-7994

▼ 申込書送付先

FAX：045-450-3359 メール：medical8@ntt-et.co.jp