

# 遠隔デジタル検診システム登録書

本用紙の内容に基づき、「遠隔デジタル検診システム」へ医療機関情報の登録を行います。  
ご記入後、**053-456-1041** (浜松市医師会) までファックスを送付して下さい。

医療機関コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(数字7桁)
医療機関名	<input type="text"/>	
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	
電話番号	<input type="text"/>	
FAX番号	<input type="text"/>	
部署	<input type="text"/>	ご担当者名 <input type="text"/> 様

●インターネットの環境はありますか

<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません	<input type="checkbox"/> 検討中
-------------------------------	--------------------------------	------------------------------

●実施する検診種別 (※複数選択可能)

<input type="checkbox"/> 肺結核・肺がん	<input type="checkbox"/> 胃がん (内視鏡)	<input type="checkbox"/> 乳がん
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------

●システムの運用方法

■ インターネット	画 像 : インターネットによるデータ伝送
	検 診 票 : FAXもしくはデータ伝送
	総合判定 : インターネットで行う

(※インターネットをご利用できない場合は、医師会事務局までご相談下さい。)

●パソコンのWindowsOSのバージョン

<input type="checkbox"/> Windows8	<input type="checkbox"/> Windows7	<input type="checkbox"/> その他 ( <input type="text"/> )
-----------------------------------	-----------------------------------	---

●運用開始予定月

年 <input type="text"/>	月頃 <input type="text"/>
------------------------	-------------------------

●備考

<input type="text"/>
----------------------

※登録書を受理後、遠隔デジタル検診システムのスタートキットを発送いたしますので、  
同封されている手順書に従い、インストールおよびシステムテストを行ってください。