

# 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もしくは、  
メールに添付して(hamamatsu@jim-hamamatsu-med.or.jp) お送りください。

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		
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		
FAX番号		
部 署		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

あります                       ありません                       検討中

●実施する検診種別（※複数選択可能）

肺結核・肺がん                       胃がん（内視鏡）                       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

Windows10                       Windows8                       その他 (                      )

●運用開始予定月

年                      月頃

●備考

※登録書を受領後、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。