

(様式 4)

「福来たネット」端末 I D 申請書

一般社団法人 福島市医師会 会長 殿

申請日：平成 年 月 日

■ 利用施設／申請者（システム管理者）記入欄

施設名	フリガナ	部署／連絡先
	申請者名	

■ 端末

申請区分	ハードウェア (MAC) アドレス	シリアルコード	端末種類	利用場所
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				

※端末欄が不足する場合は、お手数ですが用紙をコピーしてご利用ください。

※ハードウェア (MAC) アドレスは、「システムの設定・操作に関する説明書」により確認してください。

※シリアル番号は、保証書や背面等にあるステッカー等に、「Serial Number」「SSN」「S/N」「SN」などの後に記載されています。

本書を事務局に F A X で送信してください。

事務局	一般社団法人 福島市医師会 TEL : 024-534-2290 FAX : 024-534-2291 〒960-8002 福島市森合町 10 番 1 号 福島市保健福祉センター3 階			
事務局 記入欄	<input type="checkbox"/> 受理日	平成	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 承認⇒処理日	平成	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 作業完了通知書送付日	平成	年	月 日

Ver1.0

(様式4)

「福来たネット」端末ID申請書 (記入例)

一般社団法人 福島市医師会 会長 殿

申請日：平成 28 年 7 月 1 日

■ 利用施設／申請者 (システム管理者) 記入欄

施設名	フリガナ	部署／連絡先
	申請者名	
福島市医師会病院	ジョウホウ イチロウ	情報管理課 TEL : 024-534-2290
	情報 一郎	

■ 端末

申請区分	ハードウェア (MAC) アドレス	シリアル番号	端末種類	利用場所
<input checked="" type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止	00-00-00-00-00-00	A00000B	パソコン	理事長室
<input checked="" type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止	11-11-11-11-11-11	CD11111	パソコン	院長室
<input checked="" type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止	22-22-22-22-22-22	22EF222	パソコン	地域医療連携室
<input checked="" type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止	33-33-33-33-33-33	3333GH3	パソコン	情報管理課
<input checked="" type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止	44-44-44-44-44-44	44444IJ	WINDOWS タブレット	情報管理課
<input checked="" type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止	55-55-55-55-55-55 (Wi-Fi アドレス)	K555L555	i P a d	情報管理課
<input type="checkbox"/> 申請 <input checked="" type="checkbox"/> 廃止	66-66-66-66-66-66	6M666N66	パソコン	地域医療連携室
<input type="checkbox"/> 申請 <input checked="" type="checkbox"/> 廃止	77-77-77-77-77-77	77P777Q7	ノートパソコン	地域医療連携室
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				
<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 廃止				

※端末欄が不足する場合は、お手数ですが用紙をコピーしてご利用ください。

※ハードウェア (MAC) アドレスは、「システムの設定・操作に関する説明書」により確認してください。

※シリアル番号は、保証書や背面等にあるステッカー等に、「Serial Number」「SSN」「S/N」「SN」などの後に記載されています。

本書を事務局に FAX で送信してください。

事務局	一般社団法人 福島市医師会 TEL : 024-534-2290 FAX : 024-534-2291 〒960-8002 福島市森合町 10 番 1 号 福島市保健福祉センター 3 階				
事務局 記入欄	<input type="checkbox"/> 受理日	平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 承認⇒処理日	平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 作業完了通知書送付日	平成	年	月	日

Ver1.0