

モバカルナース・モバカルネット連携申込書兼同意書

NTTデバイステクノ株式会社
テクニカルサポート 宛

モバカル連携機能を利用し情報共有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

情報共有を希望するモバカルナースをご利用の事業所

ステーションID※2 6

記入日	20 年 月 日		
法人名・事業所名			押印欄
フリガナ		役職名	
担当者名		電話番号	

情報共有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※2 2

記入日	20 年 月 日		
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 ステーションIDとクリニックIDについて

ステーションIDは、モバカルナースの設定>利用サービス内容にてご確認ください。
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利用者様ならびに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