

# お客様の個人情報のお取り扱いについて

1. 富士フイルムメディカル株式会社（以下弊社）は、個人情報保護関連法令、規範を遵守し、お客様の個人情報の保護に努めます。
2. 弊社をご提供いただいた個人情報について、以下の目的の範囲内で取り扱います。
  - お客様のご本人確認、サービス停止、中止、契約解除の通知、その他サービスの提供のため
  - サービスに関連する別のサービスや弊社の新製品の情報などをお客様に通知、ご連絡を行うため
  - 弊社のサービスに関する改善または新規サービスの開発を行うため
  - サービスの利用状況や利用環境などに関する調査を実施するため
3. 弊社は、ご提供いただいた個人情報について、上記利用目的の実施に必要な範囲内で、業務委託先に預託する場合があります。

## <お問い合わせ先>

ご提供いただいた個人情報に関するご確認、ご質問および変更等については、下記窓口へお問い合わせください。

富士フイルムメディカル株式会社 C@RNA Connect お客様窓口

電話番号：03-6419-8003

営業時間：月曜日～金曜日9:00～17:30（祝日、夏季休業および年末年始は除く）

## 地域医療連携 C@RNA Connect 新規申込書

富士フイルムメディカル株式会社が提供する地域医療連携 C@RNA Connect へのご加入を希望される場合は、「サービス利用規約」をよくお読みになり、以下必要事項をご記入の上、捺印(又は自署記入)をお願いいたします。なお利用できるサービス内容は、連携する病院と当社との契約如何によるものとします。必要事項を記載後、連携する施設へ原本を送付ください。

ご記入欄

お客様お申込日

年 月 日

※「お客様の個人情報のお取り扱い」については、別紙をご確認ください。

契約施設名 (正式名称をご記入ください)	フリガナ
ご契約者名 (ご捺印は必須です)	フリガナ (役職) <span style="float: right;">印</span>
所在地	〒 —
電話番号	市外局番 ( ) —
FAX番号	市外局番 ( ) —
メールアドレス(携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)	
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先)に記入がない場合は、ご契約者様へ送付いたします	(部署名) (氏名)
施設タイプ(該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	病院 診療所 薬局 リハビリテーション病院 療養施設 老人保健施設 特別養護老人ホーム 訪問介護 その他( )
ご利用者名※ (契約者と異なる場合にご記入ください)	フリガナ (部署名) (氏名)
ご利用者の職種※(該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	医師 歯科医師 看護師 准看護師 臨床検査技師 診療放射線技師 薬剤師 理学療法士 言語聴覚士 作業療法士 精神保健福祉士 臨床心理技術者 メディカルソーシャルワーカー 栄養士 歯科衛生士 歯科技工士 臨床工学技師 ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 事務 その他( )
契約施設と連携する施設名	* オープン予約を承諾した病院に限定されます。

【ご加入を希望される施設様の接続方法をお選びいただき、以下「□」の中にチェック(レ)をお願いいたします。】

施設様のPC端末を使用してインターネットで接続する。

その他( )

【サービスご利用時に必要となりますアカウントおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入ください。】

※既に他の施設様と連携されている場合、一つのアカウントとパスワードで複数施設と連携が可能のためご記載不要です。

アカウント(第1希望)※																				
アカウント(第2希望)※																				

※アカウントは、第2希望までご記入ください。

※アカウントは「アルファベット(大文字)」、「アルファベット(小文字)」、「数字」、「記号」、のうち  
少なくとも2種類を組み合わせた8~12文字でお願いいたします。

パスワード※																				
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※パスワードは「アルファベット(大文字)」、「アルファベット(小文字)」、「数字」、「記号」、のうち  
少なくとも2種類を組み合わせた8~12文字でご記入ください。

※パスワードはアカウントと異なるように設定ください。

## 販売会社記入欄

画像返信機能	使用する ・ しない	(備考欄)
時系列ビュー機能	使用する ・ しない	(備考欄)
担当営業所名		担当営業名
担当サービスセンター名		担当サービス名
文書管理情報		
文書管理番号	システム契約ID	管理責任者

※ご利用者の複数申請/追加申請の場合は別表にて申請ください。

# 【記入例】

富士フイルムメディカル株式会社

## 地域医療連携 C@RNA Connect 新規申込書

富士フイルムメディカル株式会社が提供する地域医療連携 C@RNA Connect へのご加入を希望される場合は、「サービス利用規約」をよくお読みになり、以下必要事項をご記入の上、捺印をお願いいたします。なお利用できるサービス内容は、連携する病院と当社との契約如何によるものとします。必要事項を記載後、連携する施設へ原本を送付ください。

ご記入欄	お客様お申込日	2000年 × 月 △ 日
------	---------	---------------

※「お客様の個人情報のお取り扱い」については、別紙をご確認ください。

契約施設名 (正式名称をご記入ください)	フリガナ <b>イリヨウホウジンシャダンフジカイ フジクリニック</b> <b>医療法人社団富士会 富士クリニック</b>	ご捺印は必須です 但し自署の際は捺印不要です
ご契約者名 (ご捺印は必須です)	フリガナ <b>フジ タロウ</b> (役職) <b>院長 富士 太郎</b>	<b>富士</b>
所在地	<b>〒106-8621 東京都港区西麻布2-26-30</b>	
電話番号	市外局番 ( <b>03</b> ) <b>6418</b> - <b>2010</b>	
FAX番号	市外局番 ( <b>03</b> ) <b>6418</b> - <b>2020</b>	
メールアドレス (携帯電話のメールアドレスをご遠慮ください)	<b>fuji-cli@fujifilm.co.jp</b>	
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先)に記入がない場合は、ご契約者様へ送付いたします	(部署名) <b>企画課</b> (氏名) <b>六本木 花子</b>	
施設タイプ (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	病院 <b>診療所</b> 薬局 リハビリテーション病院 療養施設 老人保健施設 特別養護老人ホーム 訪問介護 その他( )	
ご利用者名※ (契約者と異なる場合にご記入ください)	フリガナ <b>ナイカ</b> <b>フジ イチロウ</b> (部署名) <b>内科</b> (氏名) <b>富士 一郎</b>	
ご利用者の職種※ (該当する項目を1つだけ○で囲んでください)	医師 <b>歯科医師</b> 看護師 准看護師 臨床検査技師 診療放射線技師 薬剤師 理学療法士 言語聴覚士 作業療法士 精神保健福祉士 臨床心理技術者 メディカルソーシャルワーカー 栄養士 歯科衛生士 歯科技工士 臨床工学技師 ケアマネージャー その他の医療従事者 鍼灸師 保健師 事務 その他( )	
契約施設と連携する施設名	*オープン予約を承諾した病院に限定されます。 <b>西麻布病院</b>	

【ご加入を希望される施設様の接続方法をお選びいただき、以下「」の中にチェック(レ)をお願いいたします。】

- 施設様のPC端末を使用してインターネットで接続する。
- その他( \* )

【サービスご利用時に必要となりますアカウントおよびパスワードのご希望を以下の欄にご記入ください。】

※既に他の施設様と連携されている場合、一つのアカウントとパスワードで複数施設と連携が可能のためご記載不要です。

アカウント(第1希望)※	<b>1 F u j i t 9 8</b>
アカウント(第2希望)※	<b>F u j i 2 3 4 5</b>

※アカウントは、第2希望までご記入ください。  
※アカウントは「アルファベット(大文字)」、「アルファベット(小文字)」、「数字」、「記号」、のうち少なくとも2種類を組み合わせた8~12文字をお願いいたします。

パスワード※	<b>&amp; f u j i C L 5</b>
--------	----------------------------

※パスワードは「アルファベット(大文字)」、「アルファベット(小文字)」、「数字」、「記号」、のうち少なくとも2種類を組み合わせた8~12文字でご記入ください。  
※パスワードはアカウントと異なるように設定ください。

販売会社記入欄			
画像返信機能	使用する・しない	(備考欄)	
時系列ビュー機能	使用する・しない	(備考欄)	
担当営業所名		担当営業名	
担当サービスセンター名		担当サービス名	
文書管理情報			
文書管理番号	システム契約ID	管理責任者	

※ご利用者の複数申請/追加申請の場合は別表にて申請ください。

F201901-03

医療法人 xx 診療所  
院長 xxxx 様

富士フイルムメディカル株式会社

## C@RNA Connect サービス開始のお知らせ

拝啓 時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。  
平素は格別のお引立てを賜り誠にありがとうございます。

さて、この度は、弊社の C@RNA Connect サービスにご加入いただき、誠にありがとうございます。  
サービス開始に関わる手続きが完了致しましたので、登録内容についてご案内申し上げます。  
尚、本お知らせの送付をもちましてサービス利用契約成立とさせていただきます。  
登録内容について変更等ございましたら、ポータルサイトトップページ「お客様情報」より変更申請を行って  
いただけます様お願い致します。  
今後とも末永くお付き合い賜りますようお願い申し上げます。

敬具

### 登録内容

サービス開始日	20xx 年 xx 月 xx 日
基本サービスタイプ	オンライン予約サービス
連携する施設名	xxxx 病院 様
OS/ブラウザ	Windows10/11 Microsoft Edge/ Microsoft Edge(IE モード)
予約 URL	<a href="https://carna.renkei.fujifilm.jp/">https://carna.renkei.fujifilm.jp/</a> ※httpsの”s”を必ず入力してください。 ※ログインの手順は簡易マニュアル(別紙)をご参照下さい。
アカウント	XXXXXXXXXX
初期パスワード	XXXXXXXXXX

### ※アカウント、パスワードの役割

- C@RNA Connect サービスをご利用の際に最初にアカウント及びパスワードを入力していただきます。
  - お問合せ時の本人確認などご質問させていただくことがあります。
- お客様がパスワードをお忘れになった場合などは、初期パスワードに変更することがございますので、本誌を厳重に保管していただきますようお願い致します。

### ※取扱説明書について

ASSISTA Portal ログイン⇒C@RNA Connect トップ画面の右下「マニュアル」をクリック⇒「目次」をクリック  
⇒「2.2 C@RNA Connect を使用する(依頼側医療施設様用)」をクリックしてご確認ください。

### 【本件に関するお問い合わせ先】

富士フイルムメディカル株式会社  
C@RNA Connect お客様窓口

電話番号：03-6419-8003

営業時間：月曜日～金曜日の9：00～17：30

(祝日、年末年始は除く)