日本医科大学付属病院 NIPPON MEDICAL SCHOOL HOSPITAL　様式 113A00-6026502

日本医科大学付属病院医療連携ネットワーク接続機器確認書

本確認書は設定する端末ごと（１台１枚）に起票ください

下記内容の記載をお願いします。

令和　　年　　月　　日

１．医療機関名	
２．施設長名	
３．インターネットの接続状況	□接続している　　□接続していない
４．接続方法	□ ソフト VPN による接続 □ その他（具体的に　　）
５．接続機器	※お使いのパソコン名を記載してください。自作機の場合、特記に詳細を記載してください。 メーカー： 機種名：
６．接続機器の 0S	※上記のパソコンの OS を記載してください。
７．ウイルス対策ソフト	※インストールされているウイルス対策ソフト名を記載してください。
８．使用ブラウザ	※必ずどちらかの設定が必要となります。 □Microsoft Edge　　□Chrome
９．ファイル交換ソフトのインストール確認	□インストールしていない。
10．ポップアップブロック	□無効　　□有効
11．特記	

※ウィルス対策ソフトは、必ず導入し、記載していただきます様お願いいたします。

※ファイル交換ソフトが導入していないことの申告は必須でご記入いただきます様お願いいたします。

※上記内容に変更があった場合には、速やかに当確認書を再提出して頂きますようお願いいたします。