

# 「ID - Link」サービス 契約申込書（閲覧施設様用）

記入例

日本電気株式会社 医療ソリューション事業部 事業推進部 行  
 (〒108-8001 東京都港区芝5-7-1 NEC本社ビル)

地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用約款に同意し、次の通り申し込みます。

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた情報は、NECが提供する「ID-Link」サービスの申込み手続きおよび関連するご連絡に利用させていただきます。

「NEC個人情報保護方針」に関しては(<http://www.nec.co.jp/privacy.html>)をご参照ください。

また記載されたすべての情報は、株式会社エスイーシーとの地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用基本契約に基づき、お申し込みサービス利用手続きのためにデータにて同社に提供します。

ご不明な点は「ID-Link」サービス窓口(necidlink@med.jp.nec.com)にお問い合わせください。

## ① ご契約者情報

申込日 20××年〇〇月〇〇日

施設名	フリガナ イリョウホウジン 〇〇カイ 〇〇ビョウイン 医療法人 〇〇会 〇〇病院
代表者名	フリガナ <b>ご契約者の記載をお願いします</b> 日本 太郎
住所	〒●●●-●●●● 〇〇県△△市××町〇丁目△△-××
TEL	〇〇〇-△△△△-×××× 病床数 (一般病床+療養病床) ●●● 床

## ② ご利用料金

参照のみ 無料

## ③ システムに関するご連絡先情報(全項目必須) \* サービス利用に関する設定事項(ID/パスワード)などを送付します。

施設名	フリガナ クルメシンリョウジョウホウネットワークキョウギカイ くるめ診療情報ネットワーク協議会
ご担当者様 所属・氏名	フリガナ クルメシンリョウジョウホウネットワークキョウギカイトウシャ くるめ診療情報ネットワーク協議会担当者
メールアドレス	ishikai@kurume-med.or.jp
住所	〒830-0013 福岡県久留米市櫛原町45(一般社団法人久留米医師会内)
TEL	0942-34-4163 0942-31-1156

## ④ ご利用施設情報 ※ご契約者情報と同じでない場合はすべての項目にご記入をお願いします。

施設名	フリガナ
住所	〒
TEL	

## 「ID - Link」サービス 契約申込書（閲覧施設様用）

記入例

⑤ 連携施設情報 ※主に連携する公開施設様を1施設ご記入ください

施設名	フリガナ
	◇◇会 △△〇〇病院

主に連携する公開施設様の記載をお願いします

今後、当社における拡販を目的とした営業活動のために貴施設名を公開されたくない場合は、以下のボックスにチェックを入れてください。

非公開

佐賀県ピカピカリンクとの連携希望

八女筑後協議会との連携希望

佐賀県のピカピカリンクあるいは八女筑後協議会所属の公開施設様との連携を希望される場合にチェックを入れて下さい。  
入会後に必要になった時点で、「変更申請書」を用いて申請することも可能です

●ご郵送いただいた契約申込書は返送致しません。控えが必要な場合は事前にコピーをお願い致します。

# 「ID - Link」サービス 登録情報変更申請書(閲覧施設) 記入例

日本電気株式会社 医療ソリューション事業部 事業推進部 行  
 (〒108-8001 東京都港区芝5-7-1 NEC本社ビル)

**変更** 申込用

地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用約款に同意し、次の通り申し込みます。

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた情報は、NECが提供する「ID-Link」サービスの解約手続きおよび関連するご連絡に利用させていただきます。

「NEC個人情報保護方針」に関しては(<http://www.nec.co.jp/privacy.html>)をご参照ください。

また記載されたすべての情報は、株式会社エヌイーシーとの地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用基本契約に基づき、お申し込みサービス利用手続きのためにデータにて同社に提供します。

ご不明な点は「ID-Link」サービス窓口(necidlink@med.jp.nec.com)にお問い合わせください。

## ① ご契約者情報

申込日 20××年〇〇月〇〇日

施設名	フリガナ イリョウホウジン 〇〇カイ 〇〇ビョウイン 医療法人 〇〇会 〇〇病院
代表者名	フリガナ ニッポン 〇〇 日本 〇〇 <b>ご契約者の記載をお願いします</b>
住所	〒●●●-●●●● 〇〇県△△市××町〇丁目△△-××
TEL	〇〇〇-△△△△-×××× ●●● 床

## ■ 変更情報

\* 変更理由を記載の上、次の枠へ変更依頼内容の記載をお願いします。

\* 引き落とし口座に関する変更の場合は、別紙 預金口座振替申込書の記載も  
 お願い致します。

変更理由及び変更内容記載欄

**変更理由の記載をお願いします**

**変更理由:**

支払口座の変更をお願いします。

新しい口座は、別紙、預金口座振替申込書(変更)になります。

佐賀県ピカピカリンクとの連携希望

八女筑後協議会との連携希望

**佐賀県のピカピカリンクあるいは八女筑後協議会所属の公開施設様との連携を希望される場合にチェックを入れて下さい。**

●ご郵送いただいた契約申込書は返送致しません。控えが必要な場合は事前にコピーをお願い致します。

# 「ID - Link」サービス 契約申込書（閲覧施設様用）記入例

日本電気株式会社 医療ソリューション事業部 事業推進部 行  
 (〒108-8001 東京都港区芝5-7-1 NEC本社ビル)

解約 申込用

地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用約款に同意し、次の通り申し込みます。

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた情報は、NECが提供する「ID-Link」サービスの申込み手続きおよび関連するご連絡に利用させていただきます。

「NEC個人情報保護方針」に関しては(<http://www.nec.co.jp/privacy.html>)をご参照ください。

また記載されたすべての情報は、株式会社エスイーシーとの地域医療連携ネットワークサービス「ID-Link」利用基本契約に基づき、お申し込みサービス利用手続きのためにデータにて同社に提供します。

ご不明な点は「ID-Link」サービス窓口(necidlink@med.jp.nec.com)にお問い合わせください。

- ・ 解約ご希望日の30日前までに弊社へ届け出てください。
- ・ 解約当該月分までご請求させていただきます。
- ・ 解約ご希望日が弊社受領確認日以前の場合、弊社受領確認日を解約ご希望日として対応させていただきますので、予めご了承ください。
- ・ 既にお支払済みの料金払い戻しには応じられませんのでご了承ください。
- ・ 申し込み時に入手した、IDとパスワード並びに媒体については、破棄してください。

① ご契約者情報

申込日 20××年〇〇月〇〇日

施設名	フリガナ イリヨウホウジン 〇〇カイ 〇〇ピョウイン 医療法人 〇〇会 〇〇病院
代表者名	フリガナ <b>ご契約者の記載をお願いします</b> 日本 太郎
住所	〒 ●●●-●●●● 〇〇県△△市××町〇丁目△△-××
TEL	〇〇〇-△△△△-×××× 病床数 (一般病床+療養病床) ●●● 床

解約希望日	20●●年 △?月 末日
解約理由	・ 今後の参考とさせていただきますので、よろしければご記入ください。 <b>解約理由の記載をお願いします</b> 20●●年△?月末日をもって、△●●病院と合併するため

●ご郵送いただいた契約申込書は返送致しません。控えが必要な場合は事前にコピーをお願い致します。