各　 位



地域医療連携室

横浜医療センター

**「ヨコハマキラリネット」事前アンケート ご協力のお願い**

　　　「ヨコハマキラリネット」へのご参加を検討いただき、誠にありがとうございます。

　　　　この度の事業で使用します仕組みは、ＩＣＴ技術を用いたものであるため、現在

　　　貴院にてご利用の端末（セットアップさせていただくＰＣ）やネットワークの環境に

　　　よって設定方法が異なって参ります。

　　　　つきましては、貴院でのセットアップがスムーズに実施できますように、事前の

　　　アンケートを実施させていただいております。何卒、ご協力の程お願い致します。

　　　　また、お使いの環境によっては、当事業で必要な要件が満たせず、ご利用いただけ

ない場合がございますので予めご了承願います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上

・貴院についてお伺いします

　■　医療機関名称：

　■　ご担当者さま氏名：

　■　ご連絡先　TEL：　　　　　　　　　　　内線等：

・セットアップをお考えのＰＣについてお伺いします

■　搭載ＯＳの種類について（該当のものに〇）

　［　Windows７　，　Windows８　，　Windows10　，　Windows11　］

　■　導入ウィルス対策ソフトウェアについて（記載願います）

　　ソフトウェア名：　　　　　　　　　　　　　　バージョン：

■　既設のVPN接続設定について（該当のものに〇）

　[　なし　，　あり（　使用プロトコル：　　　　　　　　　　　，　不明　）　]

　■　端末で使用しているシステムについて（該当のものに〇）

　　［　なし　，　電子カルテ　，　部門システム　，　その他　　　　　　　　　　］

ご協力いただきありがとうございました。