

VPN接続作業支援依頼書

 一般社団法人 沖縄県医師会
 おきなわ津梁ネットワーク事務局 御中

依頼日：平成 年 月 日

おきなわ津梁ネットワークへのVPN接続作業支援を依頼致します。

1 VPN接続作業(担当者情報)

施設名(フリガナ)				担当者氏名(フリガナ)	
施設名:				担当者氏名:	印
住所(〒)	〒			所属部署名(フリガナ)	
住所:				所属部署名:	
連絡先: 電話	市外局番()	FAX	市外局番()	電子メール: 上段: アカウント名 下段: @以降	@
	—		—		

※上記、記載情報へ、VPN接続支援業者より、ご連絡を致します。

2 VPN接続(環境情報)

① 『VPNソフトウェア』及び、『VPNのID』、『VPNのパスワード』、『VPNクライアント証明書』は、お手元に届いていますか。 ※同封しているVPNソフトウェアは、VPN接続申請時に頂いた内容に沿ったソフトウェアとなっております。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
② おきなわ津梁ネットワークへ接続することを施設内のシステム担当管理者から承諾を取っていますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
③ 対象の端末にVPNソフトウェアを設定することを施設内のシステム担当管理者から承諾を取っていますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
④ VPN接続する対象の端末は、施設内で管理されている端末ですか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
⑤ VPN接続する対象の端末は、インターネットに繋がっていますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
⑥ ウィルス対策ソフトはインストールされていますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
⑦ 対象端末の管理者権限の情報を知っていますか。 ※VPNソフトウェアをインストールする際は、対象端末にて、管理者権限(パワーユーザー以上)でインストールする必要があります。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
⑧ 施設内に、対象端末以外に、別途、ファイアーウォール等の機器を設置していますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
⑨ その他、VPN接続作業支援にあたり、ご相談したい件があれば、ご記載下さい。		

補足)：上記、設問に「いいえ」がある方は、一度、施設内のシステム担当管理者にご相談の上、ご確認して下さい。「いいえ」がある場合、作業依頼を受け付けられない場合があります。予め、ご了承下さい。

3 VPN接続(支援作業情報)

① VPNソフトウェアの作業支援して欲しい端末の数を記載して下さい。 全 台 (うちWindows 台、 Mac 台、 iPad 台) ※VPN接続申請書に記載した端末が対象となります。	
② VPN接続作業支援を希望する日時を記載下さい。 ※土日祝祭日を除く。 ※作業はおおよそ15分/台を要します。(端末のスペックや回線速度により増減します)	第一希望日：平成 年 月 日 午前・午後 第二希望日：平成 年 月 日 午前・午後

【留意事項】

- VPN作業支援(インストールのご説明等)を行う上で、対象端末に不具合が生じた場合、責任は負いかねます。予め、ご了承下さい。
※VPN接続設定する際には、施設内のご担当者への説明を行い、基本的には、ご担当者自身で行って頂きます。
- 本作業後に支援スタッフより、完了報告書の提示があります。現地にて担当者殿の確認印(押印または、サイン)が必要となります。
- 対象端末に大事なファイル等がある場合は、VPN接続設定する前にバックアップ等を実施して下さい。

4 本依頼書の連絡先

宛先：沖縄県医師会 おきなわ津梁ネットワーク事務局

FAX番号：098-888-0089

メール：okinawa-shinryo@okinawa.med.or.jp

5 VPN接続作業支援業者(記入欄)

(以下は記入しないで下さい)

受付日：平成 年 月 日

受付番号：

Ver.14.1