

Network registration form

English

日本語

한국어

1. Download this PDF file to your computer.
2. Open the PDF file in Adobe® Reader or Adobe Acrobat.
3. Select your preferred language.
4. Complete the form.
5. To send the form in an email, click the Email icon.

1. このPDFファイルをパソコンにダウンロードしてください。
2. PDFファイルをAdobe® ReaderまたはAdobe Acrobatで開いてください。
3. ご希望の言語を選択してください。
4. フォームに必要事項を入力してください。
5. このフォームをEメールで送るにはEメールアイコンをクリックしてください。

1. 이 PDF 파일을 컴퓨터에 다운로드하십시오.
2. Adobe® Reader 또는 Adobe Acrobat으로 PDF 파일을 여십시오.
3. 선호하는 언어를 선택하십시오.
4. 양식을 작성하십시오.
5. 이메일로 양식을 전송하려면 이메일 아이콘을 클릭하십시오.

Network registration form

English

1

Organisation details

Organisation name

Organisation type (select one): Distributor Integrated distributor/Sleep lab Sleep lab Physician/Practice Private clinician/Hospital

Organisation location (Country) ResMed account No. (if applicable) Optional

2

Primary location (organisation headquarters)

Address (line 1)

Address (line 2) Optional

City

State

Postcode

Country

Primary phone number

Fax number Optional

3

Primary contact (for accounts, billing and other administrative functions)

Title (eg, Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr, Prof) Opt. First name Last name

Primary contact email

Primary contact phone

Fax number Optional

Address is the same as the "Primary location" in step 2 above.

Address (line 1)

Address (line 2) Optional

City

State

Postcode

Country

4

AirView—First user (will receive welcome email and be responsible for creating additional users in the system)

Title, first name and last name are the same as the "Primary Contact" in step 3 above

Title (eg, Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr, Prof) Opt. First name Last name

Email address

Same as primary contact

Preferred user name

Use email address as user name

Automatically reset password every: 1 month 3 months (recommended) 6 months 12 months Never

Password reset: For best practices in security, ResMed recommends a 3 month password reset.

Submitting your form

service@resmed.com.au

Return the completed form as an email attachment by clicking on the email icon and following the prompts.

Click on the printer icon to print the form and then fax it to **02 8883 3119**.

Reminder: Patients who purchase a device with built-in wireless connectivity will have their data transferred to ResMed's Japan Data Centre. Please ensure you comply with all relevant Privacy Laws, including obtaining appropriate consent from patients. ResMed will direct any patient queries it receives to you. For your personal data, you should review the Privacy Policy at <http://www.resmed.com/airview/privacy>.

See www.resmed.com for other ResMed locations worldwide. For patent information, see www.resmed.com/ip. Adobe Acrobat and Adobe Reader are either registered trademarks or trademarks of Adobe Systems Incorporated in the United States and/or other countries. AirView is a trademark and/or registered trademark of the ResMed family of companies.

ネットワーク登録フォーム

日本語

1

組織の情報

組織名
組織の種別(1つ選択): 在宅医療会社 睡眠ラボ 病院/診療所
組織の所在地(国): 日本 ResMedアカウント番号(ある場合) オプション

2

組織の本部所在地

住所(ライン1) 住所(ライン2) オプション
市 県 郵便番号 国 日本
主要な電話番号 ファックス番号 オプション

3

主要連絡先(アカウント、請求、その他の運営管理機能)

敬称(Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr, Prof) 姓 名
主要連絡先のEメール
主要連絡先の電話番号 ファックス番号 オプション
アドレスは、上記ステップ2の「組織の本部所在地」と同じです。
住所(ライン1) 住所(ライン2) オプション
市 県 郵便番号 国 オプション

4

AirView—最初のユーザー/主要管理者(ウェルカムメールを受け取り、主要管理者として、アカウント内のユーザーおよび登録施設を作成する者として責任を負います。)

敬称、名前、姓は上記ステップ3の「主要連絡先」と同じです

敬称(Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr, Prof) 姓 名
Eメールアドレス 主要連絡先と同じです
希望のユーザー名(英字のみ) Eメールアドレスをユーザー名として使用する

パスワードを自動リセットするタイミング: 1ヶ月 3ヶ月(推奨) 6ヶ月 12ヶ月 なし

パスワードリセット: セキュリティにおけるベストプラクティスとして、ResMedは3ヶ月ごとのパスワードリセットを推奨します。

フォームの送信

airview.jp@resmed.com.au

Eメールアイコンをクリックして、示される指示に従い、記入済みのフォームをEメール添付で返送してください。

本フォームを送信されると、www.resmed.com/airview/privacy でご覧いただけるResMedプライバシーポリシーを読んで理解し、合意していると認めることになります。さらにあなたの情報は日本にあるResMedデータセンターに保管されることを承認していることになります。

世界その他の地域でのResMedの拠点はwww.resmed.comからご覧いただけます。Adobe AcrobatおよびAdobe Readerは、Adobe Systems Incorporatedの米国および/またはその他の国における登録商標または商標です。特許およびその他の知的所有権に関する情報は、www.resmed.com/jpをご覧ください。AirViewは、ResMedの商標です。

네트워크 등록 양식

한국어

1

조직 세부 정보

조직 명칭
 조직 타입(하나 선택): 배급업체 종합 배급업체/수면 연구실 수면 연구실 의사/개업의 개인 임상/병원
 조직 위치(국가) ResMed 계정 번호(해당되는 경우) 옵션 조치 그룹 활성화

2

기본 위치 (조직 본부)

주소(행 1) 주소(행 2) 옵션
 구/군/시 주/도 우편번호 국가
 기본 전화번호 팩스 번호 옵션

3

기본 담당자(계정, 결제 및 기타 행정 기능)

경칭(예: Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr, Prof) 옵션 이름 성
 기본 연락 이메일
 기본 연락 전화번호 팩스 번호 옵션
 주소는 위의 단계 2의 "기본 위치"와 동일합니다.
 주소(행 1) 주소(행 2) 옵션
 구/군/시 주/도 우편번호 국가

4

AirView - 첫 번째 사용자(환영 이메일을 수신하고 시스템에서 추가 사용자 생성을 담당함)

경칭, 이름 및 성이 위의 단계 3의 "기본 담당자"와 동일합니다.

경칭(예: Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr, Prof) 옵션 이름 성
 이메일 주소 기본 연락처와 동일
 선호 사용자 이름 사용자 이름으로 이메일 주소 사용
 매번 자동으로 암호 재설정: 1개월 3개월(권장) 6개월 12개월 없음
 암호 재설정: 최상의 보안을 위해, ResMed는 3개월마다 암호를 재설정하도록 권장합니다.

양식 제출하기

airviewkorea@resmed.kr

작성된 양식을 이메일 첨부 파일로
 반송하려면 이메일 아이콘을
 클릭하고 프롬프트 메시지의 지침을
 따르십시오.

프린터 아이콘을 클릭하여 양식을 인쇄한
 후 팩스(02 8883 3119)로 보내 주십시오.

알림: 환자가 무선 접속 기능이 내장된 기기를 구입한 경우, ResMed의 일본 데이터 센터로 데이터를 전송해야 합니다. 환자의 적절한 동의를 얻는 것을 포함하여 관련된 모든 개인정보 보호 법률을 준수해야 합니다. ResMed는 수신하는 모든 환자 질의를 귀하에게 전달합니다. 귀하의 개인 데이터에 대해서는 <http://www.resmed.com/airview/privacy>의 개인정보 보호정책을 검토해야 합니다.

기타 전세계 ResMed 위치는 www.resmed.com을 참조하십시오. 특허 정보는 www.resmed.com/ip를 참조하십시오. Adobe Acrobat 및 Adobe Reader는 미국 및/또는 기타 국가에서 Adobe Systems Incorporated의 등록 상표 또는 상표입니다. AirView는 ResMed의 상표입니다.