＜様式第１号＞

**ＭＣＳ利用申込書**

上尾市医師会

会長　伊波 潔　殿

本事業所において、メディカルケアステーションを利用した情報共有を行いたいので、連携守秘誓約書を添えて申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　事業所住所　〒

事業所電話番号

管理者名

記

　利用者名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　　種 | 氏　　　名 | メールアドレス |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* メールアドレスの共有は認められません。欄不足の場合は別紙使用可。

【提出先】〒362-8588

　　　　　上尾市柏座1-10-10　上尾中央総合病院内

　　　　　上尾市医師会在宅医療連携支援センター

　　　　　TEL・FAX：048-614-8875

　　　　　E-mail：mcs@ageomed.com