

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