

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。

医療機関・事業所等



在宅医療連携拠点

【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