**メディカルケアステーション（ＭＣＳ）利用申込書**

**いちき串木野市医師会**

**会長　丸田　修士　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、申し込みます。

　　　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　事業所名：

事業所住所：　〒

事業所電話番号：

　　　　　管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

　利用者名簿

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

* 複数のスタッフでのメールアドレスの共有はセキュリティ上認められません。