

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。