

## 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 花牟禮 康生 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。

令和 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。