様式第１号（第３条関係）

**利用申込書**

**奥　州　市　長　　宛**

　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（様式第２号）を添えて申し込みます。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　事業所名　：

事業所住所：　〒　　　－

　　　　　管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者：

TEL　：　　　　　　　　　　FAX　：

　【ＭＣＳユーザー名簿】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | 職種 | メールアドレス | MCS  管理者 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |

* 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。

上記記載の利用者は全員、MCSの利用規約に同意していることを前提とします。

※　MCS管理者を１施設に１名以上設置します。MCS管理者欄に○印を記載願います。

【担当】

　　奥州市在宅医療介護連携拠点(奥州市役所内)

TEL　0197－34－2906　　FAX　0197－51－2373

e-mail: houkatsu@city.oshu.iwate.jp

事業所等

奥州市