

メディカルケアステーション（MCS）利用申込書

福島市医師会 会長

福島市在宅医療・介護連携支援センター 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提供を行いたいので、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： _____

事業所管理者氏名： _____

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ない。

※ 事業所・部署で登録している限り、所属者のみで共有することは可能だが、ID・パスワードを個人情報として取扱い、所属者以外に漏れないよう細心の注意を払うこと。

※ 変更・解除の際には、速やかに FAX、メール、つながり等で連絡すること。

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する。

【提出先】

福島市在宅医療・介護連携支援センター

〒960-8002 福島市森合10-1 福島市保健福祉センター3階

電話：024-572-6671 FAX：024-572-6672

メール：info@f-renkei.net