

メディカルケアステーション（MCS）西東京市医師会連携グループ参加申込書

一般社団法人 西東京市医師会
会長 殿

貴会員 _____ (所属医療機関名： _____) からの
紹介により、西東京市医師会連携グループへの参加を希望します。

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

参加希望者名簿

職 種	氏 名	性別	メールアドレス

※複数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MCSの利用規約に同意し、アカウント発行が完了していることを前提とします。

【提出先】 〒202-0013

東京都西東京市中町 1-1-5 中町分庁舎

一般社団法人 西東京市医師会

Tel : 042-421-4328

Fax : 042-424-3729

Mail : info@nishitokyo-med.jp

医療機関等

→ 医師会