

メディカルケアステーション（MCS）利用申込書

一般社団法人 西東京市医師会
会長 指田 純 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。
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。

【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 事務局
Tel : 042-421-4328
Fax : 042-424-3729

