

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

