

## 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 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。

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

