

メディカルケアステーション（MCS）利用申込書

三郷市医師会
会長 草薨博昭 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。

(西暦) 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	管理者

※メアドに_ (アンダーバー) を利用の方は注意書きをして下さい。

【提出先】 〒341-0042

三郷市谷口 544 市保健センター分室内

一般社団法人 三郷市医師会

三郷市在宅医療・介護連携

サポートセンター

電話/FAX 048-949-6119

