

MCS登録確認書

※ 記載にあたり、本確認書のデータを希望される場合は上記メールアドレスへその旨を記載の上送付下さい。当センターより本確認書のデータを送付致します。

事業所種類 ☐ *☐にチェックをお願いします。

医 療 関 係	☐ 病院 ☐ 診療所 ☐ 歯科診療所 ☐ 薬店・薬局 ☐ その他
介 護 関 係	☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護・リハ ☐ 福祉用具 ☐ その他
施 設	☐ 介護老人福祉施設（特養） ☐ 介護老人保健施設（老健） ☐ 特定施設（有料老人ホーム等） ☐ その他
そ の 他	☐ 地域包括支援センター ☐ 市・関係機関 ☐ その他

事業所名		連絡先電話番号	
MCS管理者			

登録者 *記載後、□にチェックをお願いします。

[illegible]