

おおさき地区医介連ネットワークシステム利用申込書および誓約同意書

大崎市医師会
会長 佐藤 寛 殿

本事業所において、「おおさき地区医介連ネットワークシステムの運用ポリシー及び運用ルール」を遵守し、MCSを利用する事業所及び利用者としての責任を理解の上、利用申し込み及び誓約いたします。

申し込み及び誓約日 令和 年 月 日

事業所名			
住所	(〒 -)		
電話番号		FAX番号	
申請代表者氏名			

記

1 施設の種類 (別表1より選び記入すること)

番号	名称

2 申込者情報 (職種は別表2より選び番号で記入すること) 用紙が不足の場合複数枚で申請する。

No.	(ふりがな) 氏名	職種	性別	MCS ID (登録メールアドレス)	管理者 <small>(該当者こ)</small>	MCS登録日 <small>(招待のみ希望の方)</small>
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

※利用者の登録に関しては、本紙をもっておおさき地区医介連ネットワーク運営委員会が把握できるものとし、事業所管理者の変更や従業者の把握が困難になった場合は、本届け出を再提出するものとする。

【提出先】 〒989-6136 大崎市古川穂波六丁目 30-35
 大崎市在宅医療・介護連携支援センター
 Tel 0229-25-5376
 Fax 0229-25-5378
 E-mail shien17@vesta.ocn.ne.jp